



## **Cuidadores Formais em Serviço de Apoio Domiciliário: vivências emocionais fora do espaço institucional**

Emília Marlene dos Santos Gomes

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para Obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social.

**Orientador:** Prof. Doutor Óscar Ribeiro

ISSSP, abril de 2017

*“Nunca é cedo demais para nos transformarmos no melhor que podemos ser”*

(George Elliot)

*“Eu não tenho paredes.*

*Só tenho horizontes”*

(Mário Quintana)

Dedico este trabalho à minha família, bem como às pessoas mais velhas e aos cuidadores com quem tive a oportunidade de trabalhar. Agracio a partilha das suas experiências e o “tanto que me proporcionaram”.

## AGRADECIMENTOS

Sem dúvida que a minha chegada a esta etapa académica dependeu de uma força intrínseca, mas também, de um conjunto de pessoas que sempre me apoiaram nesta caminhada, que nem sempre foi fácil, e a quem eu quero demonstrar os meus sinceros agradecimentos.

Em primeiro lugar aos **meus pais** que com muito sacrifício financiaram a caminhada até à licenciatura, sem a mesma não conseguiria ingressar num segundo ciclo de estudos. Sem dúvida que o orgulho que eles sentem em ter uma filha licenciada, o que me dá forças para querer que o orgulho deles, em mim, seja cada vez maior.

À minha irmã **Daniela**, que me encara quase como um “ídolo”, a quem eu tento sempre demonstrar que a vida nem sempre é fácil, mas com esforço e dedicação se consegue. Sem dúvida a filha que eu nunca tive, mas que gostava de ter e que tudo faço para que o futuro seja sorridente. Orgulha-me ver que ela começa agora a seguir os meus passos académicos.

Ao meu irmão, **Jonas**, que embora goze comigo dizendo “Vais estudar até aos 50 anos ...”, e à minha irmã **Cristina**, que embora não demonstrem muito, na hora certa sabem dar o apoio necessário, para que as forças consigam ultrapassar as diversidades que vão ocorrendo.

Às meninas dos meus olhos, **Rafaela e Francisca**, pelas palavras doces que me dão, dizendo que querem ser como a tia, uma “tia doutora”. Ao meu pequeno, **Isaac** que embora esteja numa fase em que a vida é uma brincadeira quero agradecer pelos sorrisos, os beijos e os “xis” me dão força quando ela parece estar a escassear ...

Um agradecimento especial ao meu marido, **Nelson**, que sempre me acompanhou e acompanhará, nas horas boas e más. Sem dúvida a pessoa que mais “me atura” devido ao tempo que passamos juntos. Obrigada pelas palavras mais rudes, que tiveram um impacto significativo para chegar aqui, embora na altura tivesse sido difícil de as ouvir. E claro, obrigada por toda a força, apoio, carinho e também palavras e gestos bonitos que me fizeram despertar uma força maior, que nem eu sabia que a detinha! E desculpa todo o tempo que te roubei ...

A todos os meus professores, sem exceção, pois todos eles tiveram a sua importância. Um agradecimento muito especial ao **Prof. Doutor Óscar Ribeiro**, por ter aceite o meu convite de orientação deste trabalho e por toda a dedicação que sempre teve para comigo. Obrigada pela compreensão em momentos de mais sofrimento e crise e por nunca ter desistido de mim!

Às minhas **amigas** que me acompanharam... elas sabem quem são e o que significam para mim...

Por fim, a todas as instituições que amavelmente aceitaram colaborar no meu estudo e me acolheram de uma forma muito familiar e a todos aqueles que sempre acreditaram no meu potencial.

O meu MUITO OBRIGADA DE CORAÇÃO! Sou uma sortuda por Vos ter na minha vida!

## RESUMO

O aumento da população idosa associada ao aumento da longevidade e, por conseguinte, à maior prevalência de situações de dependência veio enaltecer a importância da área dos cuidados na esfera social. Neste âmbito, os cuidadores formais (CF) constituem indivíduos cuja atividade profissional se centra na prestação de cuidados de forma digna e qualificada em instituições geriátricas, quer sejam de carácter público ou privado. Dada a importância que se atribui ao “permanecer no domicílio” o máximo de tempo possível, evitando desta forma a institucionalização, dentro dos serviços sociais prestados aos mais velhos, a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) tem assumido um papel fundamental. O objetivo da presente dissertação é analisar as vivências emocionais dos CF em resposta social de SAD. Trata-se de uma investigação de natureza qualitativa, cuja amostra foi constituída por 34 CF inseridos na resposta social de SAD em várias instituições geriátricas do concelho de Paredes. Para a recolha dos dados foi utilizado um questionário sociodemográfico e uma entrevista individual semiestruturada sobre a experiência dos CF na resposta de SAD. Os principais resultados apontam para a existência de múltiplos obstáculos que se centram (i) na escassez de condições diversas com que os CF se deparam no domicílio dos clientes (n=20) (e.g. condições habitacionais, escassez de recursos humanos e condição climática, que dificultam o exercício da atividade e os resultados pretendidas), (ii) no encarar os beneficiários de SAD como mais necessitados (n=20) quando em comparação com os utentes de outros serviços, e (iii) no afastamento da ideia que lidam com “clientes” do serviço (n=34), facto presente na criação de laços afetivos de grande proximidade, quase familiares, com os beneficiários do SAD. Verifica-se que as principais dificuldades provêm das particularidades, quer da resposta social, quer dos beneficiários dos cuidados, que geram consequências a nível pessoal dos profissionais (e.g. sintomatologia física e cansaço provocado pelas atividades da profissão, agravamento/aparecimento de doenças, sentimento de culpa/impotência, sentimento de responsabilidade acrescida, ...) e uma dificuldade na gestão das mesmas (e.g. encarar os clientes como tal, criando uma barreira entre vida pessoal e profissional...). Pese embora este impacto, a totalidade das entrevistadas manifestou gostar do tipo de trabalho que desenvolve, sendo que a grande maioria (n=31) não tenciona mudar de profissão. Deste trabalho conclui-se uma necessidade das instituições geriátricas direcionarem maior atenção a este grupo de profissionais, nomeadamente às dificuldades na gestão emocional subjacente ao trabalho que desenvolvem. Sendo os CF o principal vínculo relacional entre o idoso-instituição (e idoso-mundo exterior num número expressivo de vezes), é importante que estejam emocionalmente estáveis, pois desta forma garante-se melhores cuidados às pessoas idosas e vida pessoal destes profissionais.

**Palavras-chave:** Idosos, Serviço de Apoio Domiciliário, Cuidadores Formais, Vivências Emocionais.

## ABSTRACT

The increase in the elderly population associated with the increase in longevity and, consequently, the greater prevalence of situations of dependence came to highlight the importance of the area of social care. In this context, formal caregivers (CF) are individuals whose professional activity focuses on providing care in a dignified and qualified manner in geriatric institutions, whether public or private. Given the importance attached to "staying at home" as long as possible, thus avoiding the institutionalization, within the social services provided to the elderly, the social response of the Home Support Service (SAD) has assumed a fundamental role. The aim of this dissertation is to analyze the emotional experiences of CF in social response of SAD. It is an investigation of a qualitative nature, whose sample was constituted by 34 CFs inserted in the social response of SAD in several geriatric institutions of the municipality of Paredes. A sociodemographic questionnaire and a semi-structured individual interview on the experience of FC in the SAD response were used to collect the data. The main results point to the existence of multiple obstacles that focus on (i) the scarcity of diverse conditions faced by CFs at the clients' home (n = 20) (e.g. housing conditions, human resources and climatic conditions, make it difficult to carry out the activity and the desired results), (ii) to view SAD beneficiaries as more needy (n = 20) when compared to users of other services, and (iii) to distance themselves from the idea that they deal with "Clients" of the service (n = 34), which is present in the creation of close, almost familiar affective bonds with SAD beneficiaries. The main difficulties arise from the particularities of both the social response and the beneficiaries of care, which have a personal impact on the professionals (e.g. physical symptoms and fatigue caused by the activities of the profession, aggravation / onset of illness, guilt / impotence, increased sense of responsibility, ...) and a difficulty in managing them (e.g. facing customers as such, by creating a barrier between personal and professional life ...) In spite of this impact, the totality of the interviewees indicated that they liked the type of work they do, and the vast majority (n = 31) did not intend to change their profession. This work concludes with a need for geriatric institutions to focus more attention on this group of professionals, especially on the difficulties in the emotional management that underlies the work they do. Since CFs are the main relational link between the elderly-institution (and the elderly and the outside world in an expressive number of times), it is important that they are emotionally stable, since in this way better care is given to the elderly and their personal lives.

**Keywords:** Elderly people, Home Support Service, Formal Caregivers, Emotional Experience.

## RESUMÉ

L'augmentation de la population âgée associée à une longévité accrue et par conséquent, la prévalence plus élevée de situations de dépendance est venue renforcer l'importance de la zone des soins dans le domaine social. Dans ce contexte, les aidants formels (CF) sont des personnes dont la pratique se concentre sur la prestation de soins d'une manière digne et qualifiée dans les institutions gériatriques, qu'elles soient publiques ou privées. Compte tenu de l'importance accordée à « rester à la maison » autant de temps que possible, empêchant ainsi l'institutionnalisation au sein des services sociaux offerts aux personnes âgées, la réponse sociale Service D'Appui Sociale (SAD) a joué un rôle très important. Le but de cette thèse est d'analyser les expériences émotionnelles des CF en réponse sociale de SAD. Ceci est une recherche qualitative, dont l'échantillon se composait de 34 CF inséré dans la réponse sociale SAD dans diverses institutions gériatriques de la commune de Paredes. Pour la collecte de données a été utilisé un questionnaire sociodémographique et un entretien individuel semi-structuré sur l'expérience des CF en réponse de SAD. Les principaux résultats indiquent l'existence de multiples obstacles mise au point (i) la pénurie de conditions diverses sur le visage des CF dans les maisons des clients (n = 20) (par exemple, les conditions de logement, le manque de ressources humaines et des conditions climatiques qui obstacle à l'exercice de l'activité et les résultats attendus), (ii) faire face aux bénéficiaires SAD comme les plus nécessités (n = 20) par rapport aux utilisateurs d'autres services, et (iii) la suppression de l'idée qu'ils traitent " clients" du service (n = 34), ce fait à créer des liens affectifs de proximité, presque familiale, avec les bénéficiaires du SAD. Il semble que les principales difficultés proviennent des particularités tant de la réponse sociale ainsi que des bénéficiaires de soins, qui génèrent des conséquences de niveau personnel des professionnels (par exemple les symptômes physiques et la fatigue causée par les activités de la profession, l'aggravation / apparition de maladies, sens de culpabilité / impuissance, responsabilité accrue du sentiment, ...) et une difficulté dans leur gestion (par exemple, les clients face en tant que tels, créant une barrière entre la vie personnelle et professionnelle ...) En dépit de cet impact, tous les interviewés ont dit qu'ils aimaient le type de travail fait, et la grande majorité (n = 31) n'a pas l'intention de changer de profession. Ce document conclut un besoin d'institutions gériatriques dédié plus d'attention à ce groupe de professionnels, en particulier les difficultés dans la gestion des émotions sous-jacentes pour leur travail. Comme les CF sont le principal lien relationnel entre l'âgé - institution (et âgé - monde extérieur dans un grand nombre de fois), il est important qu'ils sont émotionnellement stables, car de cette façon, il est garanti les meilleurs soins pour la vie des personnes âgées et personnelle de ces professionnels.

**Mots-clés:** Âgées, Service de Soutien à la Maison, Les Soignants, Les Expériences Émotionnelles

## SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>AVD's</b>	Atividades de Vida Diária
<b>AIVD's</b>	Atividades Instrumentais de Vida Diária
<b>CEB</b>	Ciclo do Ensino Básico
<b>CD</b>	Centro de Dia
<b>CF</b>	Cuidador (es) / (as) Formal (ais)
<b>CI</b>	Cuidador (es) / (as) Informal (ais)
<b>ERPI</b>	Estrutura Residencial Para Idosos
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>QdV</b>	Qualidade de Vida
<b>RS</b>	Resposta (s) Social (ais)
<b>SAD</b>	Serviço de Apoio Domiciliário
<b>SEGG</b>	Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia
<b>UE</b>	União Europeia

## ÍNDICE GERAL

<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>III</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>V</b>
<b>RESUMÉ .....</b>	<b>VI</b>
<b>SIGLAS E ABREVIATURAS.....</b>	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE GERAL .....</b>	<b>VIII</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS .....</b>	<b>X</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS .....</b>	<b>XI</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
1. <i>Envelhecer, Envelhecimento e Cuidados.....</i>	<i>5</i>
2. <i>Da pertinência do cuidado aos cuidadores formais .....</i>	<i>9</i>
3. <i>SAD – Serviço de Apoio Domiciliário.....</i>	<i>16</i>
4. <i>Realidade dos CF em SAD em Portugal: uma sistematização de estudos académicos .....</i>	<i>21</i>
<b>CAPÍTULO II: CONTRIBUTO EMPÍRICO.....</b>	<b>26</b>
1. <i>Objetivos do estudo.....</i>	<i>27</i>
2. <i>Constituição da Amostra.....</i>	<i>27</i>
3. <i>Recolha de Dados .....</i>	<i>30</i>
4. <i>Análise dos Dados.....</i>	<i>34</i>
5. <i>Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....</i>	<i>34</i>
6. <i>Apresentação dos Resultados.....</i>	<i>36</i>
<b>CAPÍTULO III: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>66</b>
1. <i>Bibliografia Principal .....</i>	<i>67</i>
2. <i>Bibliografia Complementar.....</i>	<i>74</i>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>75</b>
<i>Anexo n.º 1: Decreto-lei n.º 419/99 de 15 de outubro (cria carreira de Ajudantes de Ação Direta)</i>	<i>76</i>
<i>Anexo n.º 2: Resposta Social de SAD: Equipamentos existentes no concelho de Paredes .....</i>	<i>81</i>
<i>Anexo n.º 3: Primeiro contato, via correio eletrónico, efetuado com as instituições que assim o solicitaram .....</i>	<i>83</i>
<i>Anexo n.º 4: Email enviado às sete instituições que manifestaram interesse em participar no estudo.</i>	<i>85</i>



<i>Anexo n.º 5: Guião de Entrevista .....</i>	<i>87</i>
<i>Anexo n.º 6: Pedido de Consentimento .....</i>	<i>90</i>
<i>Anexo n.º 7: Manual de Transcrição das Entrevistas.....</i>	<i>92</i>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela n.º 1</b> - Aspetos positivos e negativos do ato de cuidar .....	9
<b>Tabela n.º 2</b> - Principais virtualidades e limitações e/ou riscos da resposta social de SAD .....	19
<b>Tabela n.º 3</b> - Tabela-síntese dos estudos sobre CF existentes em Portugal .....	23
<b>Tabela n.º 4</b> - Tipo de contato realizado com cada instituição e respetiva conclusão acerca da participação no estudo. ....	29
<b>Tabela n.º 5</b> - Questão única e questões guia do guião de entrevista realizado .....	32
<b>Tabela n.º 6</b> - Caracterização da amostra. ....	36
<b>Tabela n.º 7</b> - Características apontadas como fundamentais para um CF de SAD .....	52

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura n.º 1</b> - Índice de envelhecimento, índice de dependência dos idosos e índice de renovação da população em idade adulta, (N.º) em Portugal.....	6
<b>Figura n.º 2</b> - Projeções mundiais do número de pessoas com demência .....	10
<b>Figura n.º 3</b> - Elementos centrais da política de cuidados às pessoas idosas e dependentes .....	11
<b>Figura n.º 4</b> - Evolução da capacidade da resposta social SAD, em Portugal Continental, no período temporal compreendido entre 2000 e 2014.....	17
<b>Figura n.º 5</b> - Distribuição percentual dos clientes em resposta social de SAD, por dependência .....	20
<b>Figura n.º 6</b> - Número de instituições contatadas para participação no estudo e respetivo feedback. ..	28
<b>Figura n.º 7</b> – Dimensões, categorias e subcategorias de análise.....	39
<b>Figura n.º 8</b> – Relação existente entre dados recolhidos (dimensões, categorias e subcategorias) .....	60
<b>Figura n.º 9</b> – Aspetos positivos e negativos da profissão de CF, de acordo com a amostra estudada.	62

---

## INTRODUÇÃO

---

O presente trabalho insere-se no Mestrado de Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, e tem como temática de análise as vivências emocionais do trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais em resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Constituindo um grupo de análise periférico por comparação à realidade estudada sobre os cuidadores familiares (cuidadores informais) e sobre os cuidadores formais em contexto institucional (e.g. Estrutura Residencial para Idosos - ERPI), tem como objetivo principal contribuir para uma reflexão acerca das principais dificuldades, consequências e satisfação laboral e pessoal deste grupo de profissionais dos cuidados sociais a idosos.

Presentemente, as questões do envelhecimento assumem-se como preocupação global, sobretudo quando se pensa nos conceitos de bem-estar ou de qualidade de vida que lhe estão associados. Envelhecer com qualidade é, hoje, um dos grandes desafios com que as famílias se deparam. O aumento da esperança média de vida, aliado às crescentes exigências profissionais da população adulta, leva a que as redes familiares e de solidariedade se tornem muitas vezes incapazes de dar resposta às necessidades de vida das pessoas idosas. O aumento do número de pessoas idosas e muito idosas, associadas às mudanças ocorridas no seio da família, e a generalização da atividade profissional feminina paga, tem obrigado à elaboração de políticas de cuidados ajustados a uma política de “ageing in place” onde os serviços de apoio domiciliário assumem um papel fundamental.

Em Portugal, de acordo com Carvalho (2009:6), *“é conhecido o desejo comum da maioria das pessoas idosas e familiares de permanecer na sua própria casa o mais tempo possível, evitando ou adiando até ao limite o internamento em instituições (...)”*. Nesta linha, os serviços de apoio domiciliário adquirem uma relevância crescente, sendo por isso observável um seu aumento significativo quando em comparação com outras valências que prestam apoio também à população idosa, designadamente Centros de Dia (CD) e ERPI. O relatório da carta social do ano de 2014 revela que a resposta social de SAD tem vindo a crescer, sendo que entre 2000 e 2014 foram criados, aproximadamente, 55 800 novos lugares, passando de 48 700 para 104 500 lugares, respetivamente. No que concerne à taxa de utilização do SAD, a mesma fonte indica que em 2014 se fixava nos 73.9% e no que respeita a particularmente a entidades não lucrativas, a percentagem era superior, fixando-se nos 79.8%. Tais valores refletem a procura que este tipo de serviço de apoio a idosos tem vindo a alcançar ao longo dos anos.

A satisfação das necessidades dos mais velhos, aliados à manutenção do seu conforto e bem-estar global, bem como aos desejos das pessoas idosas em permanecerem nas suas casas, leva a que a RS de SAD seja uma das mais desejadas. Sendo os cuidadores formais em grande

parte das situações “os ouvidos e os olhos” do cuidado (Stone, 2004), ou seja, as pessoas mais ligadas à pessoa idosa, compreender o modo como a assunção das suas responsabilidades se operacionaliza quando entram “pela casa das pessoas” e, sobretudo, como este facto impacta a vida pessoal, assume-se de crucial importância. Foi da escassa informação relativamente a este grupo de profissionais, e em concreto sobre as suas vivências emocionais, que emergiu a pertinência de realizar o presente trabalho. Embora diga respeito a uma parte dos CF, uma amostra não significativa do universo da profissão, espera-se que o mesmo ajude a direccionar o olhar às especificidades e necessidades deste grupo.

Do ponto de vista estrutural, a presente dissertação encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro, designado “Enquadramento Teórico”, apresenta uma revisão teórica acerca do tema em estudo, onde são abordados tópicos relativos envelhecimento e aos cuidados, a resposta social de SAD e, por fim, explanada uma compilação de estudos Portugueses onde os CF em SAD são o principal objeto de análise. No segundo capítulo, é apresentado o contributo empírico da presente dissertação: um estudo qualitativo sobre a vivência emocional dos CF que exercem as suas funções profissionais no âmbito da RS de SAD. Trata-se de uma investigação que se debruça sobre o modo como o trabalho desenvolvido por estes trabalhadores influencia a sua vida pessoal e cujos resultados têm como base 34 entrevistas realizadas a CF de RS de SAD, localizadas no concelho de Paredes, norte de Portugal. Mais especificamente, neste capítulo serão apresentados os objetivos do estudo, a metodologia utilizada na seleção da mostra, recolha da informação, análise dos dados e resultados obtidos. O terceiro capítulo apresenta a discussão dos resultados, articulando-os com a revisão teórica realizada. Este último capítulo expõe ainda algumas das implicações e limitações do contributo empírico da dissertação.

---

## CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

*“A prestação de cuidados a pessoas idosas será um dos grandes desafios do séc. XXI. Um século que se vai afirmando na emergência de uma crise financeira de grandes dimensões e que se estendeu, com maior ou menor gravidade, a todos os países desenvolvidos.”*

(Paúl, 2014:353).

## 1. Envelhecer, Envelhecimento e Cuidados

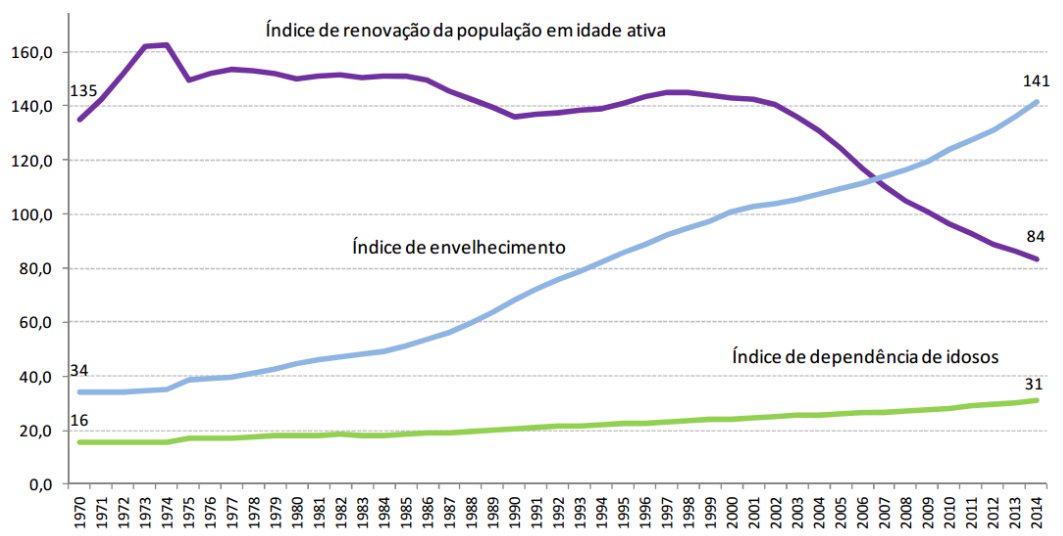
Envelhecer e envelhecimentos são conceitos cuja importância ao longo dos anos tem vindo a sofrer algumas alterações, força das transformações, a vários níveis, que se tem vindo a assistir na sociedade. Sem dúvida dois conceitos cruciais no âmbito da gerontologia e para todos aqueles que se debruçam no estudo desta área científica. Embora diretamente relacionados, trata-se de conceitos que a nível semântico adquirem interpretações distintas: envelhecer “*significa sofrer os efeitos da passagem do tempo ou tornar-se velho, perder a juventude ou a atualidade, cair em desuso, amadurecer ou adquirir experiência*” (Carvalho, 2013:4). Ainda de acordo com a mesma fonte, não se trata de um estado, mas de um processo que incorpora uma ordem de fenómenos que acontecem numa determinada sequência e durante um certo intervalo de tempo – o período de vida. Ou seja, trata-se de uma demanda natural, que decorre num largo período de tempo, desde o momento do nascimento até à morte, e que é marcado por fases em que umas alterações são mais notórias que outras, mas é essencial ter-se em conta que é algo multidimensional e dinâmico.

De acordo com Alves (2014), o envelhecimento populacional é um fenómeno que retrata as sociedades contemporâneas e engloba transformações que vão muito além das modificações da organização do perfil etário dos povos: mudanças sociais, económicas, culturais e políticas com profundas consequências a vários níveis, como na saúde, no sistema de pensões, na política da habitação, na assistência médica e no domínio do apoio individual às pessoas idosas e respetivas famílias.

Concretamente em Portugal, como consequência de um aumento da esperança média de vida e da longevidade, o número de pessoas idosas é cada vez maior e a tendência é para que continue a aumentar, segundo os dados estatísticos disponíveis. De acordo com o INE (2015), dos 28 estados membros da União Europeia, Portugal é o 5.º país com maior índice de envelhecimento, o que reflete uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI. Segundo o PORDATA (2015), o índice de envelhecimento em Portugal no ano de 2013 situava-se nos 138.6%, o que significa que existia um maior número de população idosa, quando em comparação com a população juvenil. Este aumento do índice de envelhecimento em Portugal está relacionado com a queda da natalidade e aumento da longevidade. A figura n.º 1 (página seguinte) apresenta dados relativos ao índice de envelhecimento, índice de renovação da população em idade ativa e índice de dependência dos idosos, três indicadores cruciais para os estudos na área do envelhecimento.



**Figura n.º 1** - Índice de envelhecimento<sup>1</sup>, índice de dependência<sup>2</sup> dos idosos e índice de renovação da população<sup>3</sup> em idade adulta, (N.º) em Portugal.



(Fonte: INE, 2015)

Além de constituir o 5.º país da União Europeia (UE) com índice de envelhecimento mais elevado, Portugal é também o 4.º com maior proporção de idosos e o 3.º com índice de renovação da população em idade ativa mais baixa (INE, 2015).

Para Margaret Chan, diretora-geral da OMS – Organização Mundial de Saúde (2015:3) “(...) o envelhecimento das populações está se acelerando rapidamente em todo o mundo. Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver até aos 60 anos”. Fruto das mudanças várias que se têm assistido, que conduzem a um número cada vez maior de pessoas em idade adulta avançada, emerge uma preocupação sobre o que a SEGG – Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia apelida de “envelhecimento do envelhecimento”. Em 2015, 27.1% da população residente em Portugal tinha 60 ou mais anos, sendo que desta percentagem 5.9% tinha 80 ou mais anos (mais que ¼ da população com 60 ou mais anos) (Nações Unidas, 2015). Este dado tem uma grande relevância, dado que, de acordo com Antón (2016:9) “esta faixa etária é que aglutina uma maior probabilidade de desenvolver doenças, deficiência e dependência”.

A dependência é um processo que se caracteriza por um conjunto de mudanças a vários níveis (e.g. mudanças fisiológicas, provocadas por doenças,...) que, quando aliados a

<sup>1</sup> “O índice de envelhecimento é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens.” (PORDATA, 2015)

<sup>2</sup> Relaciona o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa (INE, 2015)

<sup>3</sup> Relação entre o número de pessoas com idade para entrar no mercado do trabalho, 20 – 29 anos, e o número de pessoas em idade de potencial de saída do mercado de trabalho, 55 – 65 anos (INE, 2015)

interações externas (provindas essencialmente do meio ambiente onde os idosos estão inseridos) e a estilos de vida assumidos, exercem influência sobre o sujeito, originando situações impeditivas de satisfazer as suas necessidades básicas. Com esta tendência, é imprescindível que este aumento de longevidade esteja a par com uma boa qualidade de vida e, por consequência, a par igualmente de cuidados individualizados.

O ato de cuidar está associado a garantir a prossecução da vida da espécie. Ao longo do tempo ele foi encarado como uma incumbência do ser humano inserido numa comunidade, sendo que “ (...) *durante milhares de anos [os cuidados] não pertenciam a um ofício, menos ainda a uma profissão*” (Colliére, 1999:27). A intensidade do cuidado varia ao longo do ciclo de vida e “*as experiencias de cuidar podem ser mais ou menos intensas para os cuidadores, consoante a sua normalidade relativamente à idade, género e estão (ou não) on time relativamente à sequência e duração culturalmente prescrita*” (Duro, 2013:103). O cuidar, na perspetiva de Antón (2016:13), “*é um verbo de uso comum e quotidiano*”, sendo que a SEGG direciona o conceito para um procedimento que deve de ser desenvolvido com atenção, dedicação e esmero.

De acordo com Antón (2016:13), o ato de cuidar acompanha todo o ciclo vital, dado que “*somos cuidados a partir do nascimento, durante a adolescência, a idade adulta, à medida que vamos envelhecendo e, de um modo muito especial, quando adoecemos, no fim da vida e na morte*”. Para Duro (2013), o heterocuidado, o cuidado prestado por outro é mais evidente na infância e velhice, pois são as fases da vida humana onde o grau de dependência e autonomia tendem a estar mais comprometidos e, por conseguinte, comprometidas também a satisfação das AVD's (Atividades de Vida Diária) e AIVD's (Atividades Instrumentais de Vida Diária).

Centrando o ato de cuidar na velhice, para Paulos (2010), qualquer que seja a pessoa e ou entidade que presta cuidados à população idosa, deve imprescindivelmente empenhar-se na realização dos mesmos com qualidade, de forma a aumentar a autonomia e a QdV dos destinatários. Esta prestação de cuidados a idosos para Saldanha e Caldas (2004:37) é uma ocupação profissional que deverá ultrapassar a barreira “*do atendimento às necessidades do ser humano no momento em que ele está fragilizado*”. O ato de cuidar de idosos, nesta ótica, deve assentar num pacto que engloba o autocuidado, a autovalorização e a cidadania do cuidador. Neste sentido, é importante que o cuidador cuide de si (da sua própria saúde e bem-estar), evite o isolamento social, partilhe os sentimentos, se valorize no que concerne ao esforço e ao tipo de atividades que desenvolve, utilize os recursos profissionais e sociais que tem ao seu dispor, adote uma postura reflexiva e encare as suas dificuldades como um passo

positivo para a mudança (Antón, 2016). De uma forma geral, é importante que o cuidador cuide igualmente de si, mantendo sempre um equilíbrio entre o que são as atividades relacionadas com o cuidar, a sua atividade profissional (se existente), e a sua vida pessoal e familiar. O ato de cuidar de idosos é, pois, uma tarefa complexa, sendo fundamental que os cuidadores tenham consciência dessa complexidade.

Para Berguer e Mailloux-Poirier (1995:6) ao ato de cuidar em gerontologia estão sempre subjacentes três objetivos cruciais: ajudar o cliente idoso a (i) *“compreender o envelhecimento e a distinguir os aspetos normais e patológicos”*; (ii) a *“controlar o processo de envelhecimento através de intervenções que visem a promoção da saúde, a conservação da energia e a qualidade de vida”*; e (iii) *“a solucionar os problemas patológicos que por vezes acompanham o envelhecimento”*. Estes três objetivos resumem-se ao que Cardoso (2000) considera ser o objetivo primordial do cuidar: conhecer o sujeito de quem se cuida, e particularizar/ajustar com sentido as diversas atividades que constituem o ato. Segundo este autor, cuidar de idosos pressupõe um envolvimento pessoal e profissional, o qual é realizado de forma intencional. O momento de interação diádica cuidador-receptor de cuidados é, pois, nesta perspetiva um momento crucial. Segundo Cardoso (2000), será ele que possibilita ao cuidador a descoberta do que é importante para o beneficiário dos cuidados, naquele momento. É a interação e comunicação que irá determinar as relações e a convivência e que permitirá um conhecimento mais aprofundado, para o cuidador, das necessidades da pessoa que carece dos cuidados, bem como os seus gostos e hábitos.

Cuidar de um idoso é comprometer-se ajudá-lo a readquirir ou promover a manutenção da sua autonomia, sendo para tal imperativo um conhecimento, por parte de quem cuida, dos seus (próprios) aspetos negativos e positivos de modo a encontrar um conjunto de estratégias que permitem superar as situações de crise e/ou de desafio instrumental e emocional. Este conjunto de estratégias deverão ajudar a manter o equilíbrio do cuidador, de modo a minorar os aspetos negativos da atividade de cuidar. No manual que Antós (2016:18) coordenou intitulado de *“Curso Online Para Cuidadores de Pessoas Idosas Dependentes – 2.ª Edição”*, encontram-se sistematizados os principais aspetos positivos e negativos da atividade do cuidador, aspetos esses que se encontram explanados na tabela nº 1 (página seguinte).

Tabela n.º 1 - Aspectos positivos e negativos do ato de cuidar

	Positivos	Negativos
<b><u>SAÚDE</u></b>	<b><u>EMOCIONAIS</u></b>	
	Desenvolvimento da Empatia	Stress
	Satisfação	Depressão
	<b><u>FÍSICOS</u></b>	
	Maior atividade física	Cansaço Dor Muscular
<b><u>RELACÕES SOCIAIS</u></b>	<b><u>FAMILIARES</u></b>	
	Maior união nas relações familiares	Deterioração e redução das relações familiares
	<b><u>EXTRAFAMILIARES</u></b>	
	Reconhecimento familiar e social	Redução nas relações e atividades sociais

(Fonte: Adaptado de Antós, 2016:18)

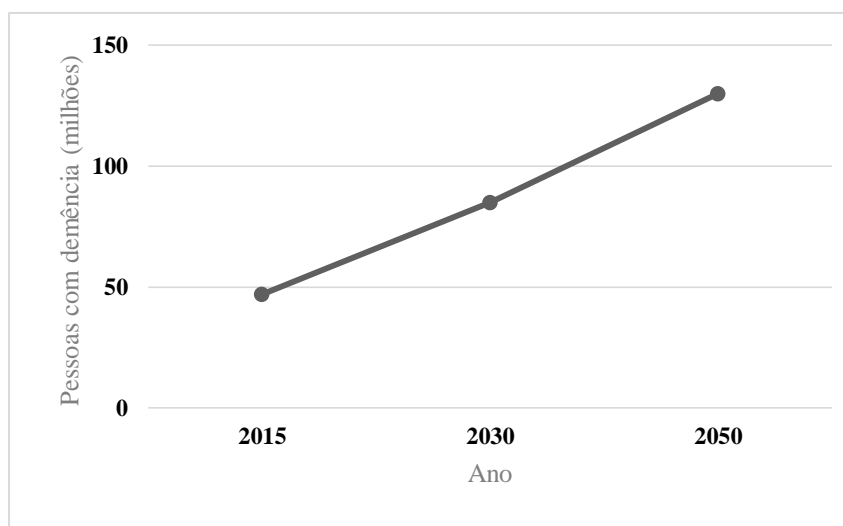
A inexistência de estratégias para minorar os aspectos negativos da atividade do cuidador poderão desencadear um conjunto de sentimentos quer a nível psíquico/emocional (e.g. tristeza, sentimentos de culpa, diminuição da autoestima, mudanças de humor e irritabilidade, dificuldade para se concentrar, perda de memória), quer a nível físico (e.g. cansaço, falta de apetite, alterações do sono, dor muscular, palpitações, aspeto físico pouco cuidado) e/ou social (e.g. ruptura das relações com familiares e amigos, falta de interesse por atividades anteriormente executadas, solidão e sentimentos de isolamento). A predominância destes sentimentos negativos leva, direta ou indiretamente, a interferências no desenvolvimento da atividade de cuidar, podendo comprometer o seu exercício correto e ajustado, bem como os benefícios para o receptor de cuidados.

## 2. Da pertinência do cuidado aos cuidadores formais

Os avanços, nomeadamente da medicina, permitiram que se alcance hoje uma idade cada vez mais avançada. Porém, tal não significa que o aumento do número de anos vividos esteja relacionado com uma boa qualidade de vida. A prova de tal pode ser atestada pela prevalência universal de perturbações neurocognitivas na população mais velha. Uma investigação levada a cabo por Wimo, Winlab, Aguero-Torres e Von Strauss (2003) atesta que a prevalência mundial de demência duplica a cada 4-5 anos após os 65 anos de idade, passando de 1,5% para os 30-40% após os 85 anos de idade. Dados recentes da OMS (2017) apontam para a existência de 47 milhões de casos de demência em todo o mundo, sendo que a cada ano surgem cerca de 8 milhões de novos casos. As projeções realizadas pela OMS

(2017) preveem ainda que a nível mundial entre 2015 e 2050 o número de casos se multiplique, tal como se pode ver na seguinte figura.

**Figura n.º 2** - Projeções mundiais do número de pessoas com demência



(Fonte: Adaptado de OMS,2017)

Os dados estatísticos acerca da prevalência da demência em Portugal são escassos devido ao reduzido número de estudos existentes que, segundo a Direcção-Geral da Saúde – DGS (2016: 76), justifica-se por se tratar de estudos de âmbito “*demorado e oneroso*” que pressupõe uma “*equipa técnica específica*”, bem como de alguns recursos técnicos dispendiosos. Segundo a mesma fonte, também questões éticas estão na base da inexistência destes estudos, sobretudo devido à “*legitimidade de identificar as pessoas com patologias*”.

Uma investigação realizada por Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues e Carvalho (2015) concluiu que o número estimado de Portugueses com mais de 60 anos com demência rondava os 160 287 indivíduos, o que correspondia, naquele ano, a 5.91% do universo populacional. Segundo os autores, o envelhecimento ao promover um aumento no número de casos de demência, leva à concomitante necessidade de prestar cuidados altamente especializados em face aos défices cognitivo e à dependência funcional observados.

De acordo com a DGS (2016), existe um estudo epidemiológico realizado no norte de Portugal continental, da autoria de Belina et al. (2010), que atesta que naquele ano na área geográfica estudada<sup>4</sup>, a prevalência da demência era de 2.7% para zona urbana e 2.1% em

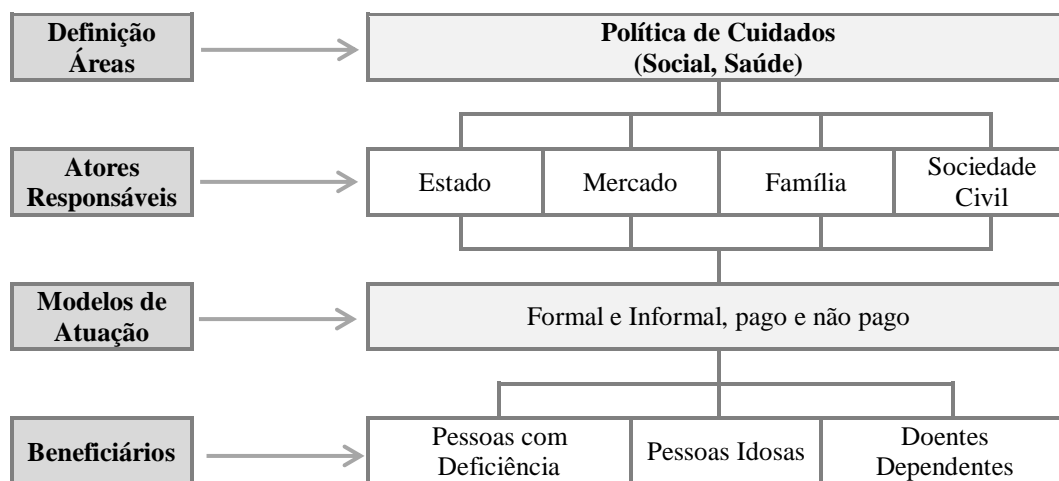
<sup>4</sup> O estudo incorporou populações rurais e urbanas representativas com idades compreendidas entre os 55 e os 79 anos residentes no Norte de Portugal. A unidade territorial "Entre Douro e Vouga" foi escolhida e dentro da área

zona rural. A mesma fonte prevê que, face aos dados existentes em 2010, em 2050 o número de pessoas com demência triplique, o que se torna algo preocupante trata-se de “*uma das causas mais significativas de incapacidade dos mais idosos*” (DGS, 2016:75).

Ainda que não existam muitos dados acerca da demência em Portugal, o grupo de perturbações neurocognitivas tem vindo a adquirir um peso e preocupações acrescidos na esfera política, e a prova exemplificativa é que o Programa Nacional Para a Saúde Mental desenvolve, desde 2013, um “*plano de intervenção em demências, promovendo um seminário anual de peritos e apoiando a produção de evidência epidemiológica nacional*” (DGS, 2016:76). Nessa linha de preocupação, está a realizar-se presentemente um estudo, financiado pelo Plano Nacional Para a Saúde Mental, que permitirá, quando concluído, ter uma caracterização dos doentes-tipo existentes a nível nacional. O resultado obtido permitirá estruturar um plano de cuidados mais ajustados à população idosa Portuguesa com demência.

Para Carvalho (2009), quando se fala de cuidados a pessoas idosas e dependentes, fala-se de um conjunto de elementos cruciais que remetem para uma união entre áreas, responsabilidades, modos de atuação e beneficiários. Na figura n.º 3 encontra-se, esquematicamente, o modo como a charneira destes elementos cruciais se concretiza.

**Figura n.º 3** - Elementos centrais da política de cuidados às pessoas idosas e dependentes



(Fonte: Adaptado de Carvalho, 2009:271)

os dois municípios que representam os extremos sociodemográficos do Censo de 2001 - Arouca (rural) com 4.941 habitantes e São João da Madeira (urbano) com 4.117 habitantes dentro da faixa etária (Belina, 2010)

Para a autora, a política dos cuidados a pessoas idosas, pessoas portadoras de alguma deficiência ou pessoas doentes dependentes, portanto os **beneficiários** dos cuidados, assentam em duas grandes áreas: a área social e a área da saúde (Carvalho, 2009). No âmbito da primeira, área dos cuidados onde o presente trabalho se insere, ela abarca uma panóplia de serviços, em subáreas distintas, organizados por equipamentos sociais (públicos ou privados, lucrativos ou não lucrativos, organizações governamentais ou não governamentais) que compreendem tarefas de carácter social, pedagógico e de saúde (atividades relacionadas com a saúde, que não obriga a que sejam profissionais da área da saúde a fazer); a segunda área, por sua vez, refere-se a todo o tipo de atividades que têm que ser necessariamente realizadas por profissionais da área de saúde, sejam eles profissionais liberais ou inseridos em entidades públicas ou privadas.

Para que a atividade do cuidar se concretize, é imprescindível a existência do beneficiário do cuidado e da (s) pessoa (s) / entidade (s) que presta (m) os cuidados. Estes, ao prestar cuidados aos beneficiários, segundo a política de cuidados apresentada por Carvalho (2009), são designados os **atores responsáveis**. Nesta lógica, estes atores podem ser o próprio Estado (respostas sociais estatais), o mercado (respostas sociais privadas), a família ou a sociedade em geral. Embora a autora não faça uma abordagem mais minuciosa no que concerne aos atores responsáveis, importa referir que esses atores “delegam” as suas responsabilidades num ou mais indivíduos, a quem se dá o nome de cuidadores.

O **cuidador** é, neste sentido, um indivíduo que pode, ou não, ter vínculos familiares e retribuição monetária, mas que cuida da pessoa idosa, a vários níveis e essencialmente no que concerne a tarefas do quotidiano, como a alimentação, a higiene pessoal, a gestão da toma da medicação, o acompanhamento aos serviços de saúde, entre outros (Colomé et al., 2011). Pode fazer-se a distinção entre dois tipos de cuidadores, os designados cuidadores informais (CI) ou familiares e os cuidadores formais (CF). De acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006:53), os CI são definidos como *“elementos da rede social do idoso (...) que lhe prestam cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal ou estatutário”*. Os CF, por sua vez, são profissionais com vínculo contratual, com carácter remuneratório, que assumem as suas responsabilidades no domicílio da pessoa dependente ou em instituições (Sousa, 2011). Ao nível do tipo e cuidados prestados, não existe grande disparidade entre CI e CF, pois o que mais diferencia um tipo de cuidadores do outro é o vínculo laboral e a contribuição monetária pela prestação dos cuidados prestados.

Relativamente aos cuidadores, os impactos do cuidado podem alcançar um amplo leque de aspectos da vida familiar e potenciar o sofrimento e perda de QdV. Fala-se, na literatura,

em sobrecarga, *burnout*, exaustão, claudicação, porque se “impõe” aos trabalhadores do cuidado social que transponham para segundo plano as suas próprias vontades e/ou as suas necessidades, vivendo em prol da satisfação das necessidades e da prestação de cuidados de outrem (cliente/receptor de cuidados). De um modo geral, tais conceitos definem “...um estado psicológico resultante da combinação do trabalho físico, da pressão emocional, das restrições sociais e das exigências económicas que surgem do cuidar” (Oliveira, Queirós & Guerra, 2007:184).

No que concerne às necessidades e dificuldades com que se deparam os cuidadores, Ferreira (2009) refere tratar-se de questões de ordem física, social, emocional, económica e espiritual que se relacionam com o tipo e grau de dependência do receptor de cuidados e com factores externos e internos ao próprio profissional, como sejam sentimentos vividos perante a situação em que se encontra o cliente (e.g. impotência, preocupação constante, viver em função das necessidades do outro, sentido do dever). Esta sobrecarga, física e psicológica, que reflete algumas das **vivências emocionais** deste tipo de trabalhador. Neste âmbito, existem autores que fazem menção à necessidade de informação sobre o modo de atuar com os beneficiários, mas sobretudo à necessidade de manter a vida familiar o mais saudável e estável possível, e à necessidade do cuidador ser amparado, escutado e de se poder preparar para o possível agravamento da situação de dependência e para lidar com as situações morte (adaptado de Ferreira, 2009 e Cordo, 2003). De acordo com a perspetiva de Brito (2002), os cuidadores estão sujeitos a um stress que implica riscos. São pessoas que mostram uma morbilidade superior à dos indivíduos da mesma idade e não sujeitos a tal sobrecarga, sofrendo com a experiencição frequente de sentimentos negativos, de preocupações constantes e que, como tal, tendem a desenvolver doenças psíquicas, particularmente quadros de distress psicológico (sintomatologia ansiosa e depressiva) bem como sintomas fisiológicos (e.g. alterações do sistema imunitário, problemas de sono, fadiga crónica, hipertensão arterial e outras alterações cardiovasculares) (Brito, 2002). Estes sintomas terão, de um modo geral, implicações no estado emocional dos cuidadores e nas suas relações pessoais.

Carvalho (2009) aglomera os atores responsáveis pela prestação de cuidados em quatro grandes grupos, no entanto, importa salientar que existe uma característica que aparenta ser comum a todos eles, que é o predomínio da figura feminina<sup>5</sup>. Com efeito, a prestação de

---

<sup>5</sup> De acordo com Duro (2013), os assuntos relacionados com o género têm sido bastante analisadas no âmbito da sua relação com o cuidador, e.g. estudos como os de Atchberg (1991) e Collière (1999) exploram a história da figura feminina e a forma como tem estado associada à experiências de cuidar; Gillian (1993) executa uma abordagem psicológica do desenvolvimento da mulher e elucida de que forma esta se norteia para uma ética baseada no cuidar.



cuidados tem sido tradicionalmente associada à mulher devido a questões culturais, “ (...) *é ela que dá à luz, é ela que tem o encargo de ‘tomar conta’ de tudo o que mantém a via quotidiana*” (Collière, 1999:40). Para Carvalho (2009) esta visão feminina do cuidado prende-se à visão tradicional de que homens e mulheres estão associados a diferentes formas de dar e receber. Para esta visão Finch (1989) aponta três indicadores cruciais, onde as figuras (feminina e masculina) (i) possuem desiguais acessos a recursos que podem partilhar e distribuir (principalmente recursos financeiros); (ii) diferentes responsabilidades na distribuição das tarefas domésticas e (iii) têm formas diferentes de organizar a vida, de acordo com a visão da sociedade. Na perspetiva de Ribeiro et. al. (2008) e Collière (1999), tal predominância de género, está relacionado com raízes históricas e culturais do ato de cuidar. Já Carvalho (2009:272) remete alguma responsabilidade para a figura do Estado, dado que defende que esta representação feminina resulta “*das relações de poder e das relações sociais mediadas pelo próprio estado*”. Alguns estudos portugueses (e.g. Azevedo, Loureiro, Pereira & Cunha, 2010; Figueiredo et al., 2012; Freitas, 2011; Ribeiro, 2012; Simões, 2012; Sousa, 2011; Vicente & Oliveira, 2011; Carvalho, 2009; Carneiro, Pires, Filho e Guimarães, 2009) com cuidadores formais de idosos, de doentes crónicos e de crianças, reiteram a predominância do sexo feminino.

Segundo Sacareno e Naldine (2003), no âmbito da rede informal de apoio a idosos, são essencialmente esposas, filhas e noras que assumem esse apoio. Existem alguns estudos, e.g. Torres (2004), que concluem que a figura masculina aguarda que os cuidados que lhes sejam prestados na velhice sejam por figuras do sexo feminino, algo comum nas mulheres, que partilham a mesma expectativa. Importa destacar, todavia, que a expressividade do número de homens cuidadores tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos, estimando-se que assumam presentemente cerca de 30% dos cuidados familiares (Ribeiro, 2010).

Dependendo do tipo de atores responsáveis o **modo de atuação dos cuidados** podem assumir um carácter formal ou informal, quando se tratem de cuidados pagos ou não pagos, ou seja, prestados por CF ou CI. A profissão de cuidador de pessoas idosas, portanto no que concerne ao modo de atuação formal (CF), onde os atores responsáveis são o Estado ou o mercado, tem, geralmente, um carácter pouco atrativo, sendo exorados como fatores justificativos a natureza do trabalho, as características da instituição e as suas condições de trabalho. A natureza e a intensidade (quer física, quer emocional) das tarefas executadas por estes trabalhadores, nomeadamente na área social, levam a que Stacey (2004), se refira às mesmas como um trabalho laboral “sujo”. Este termo é usado pelo autor baseando-se nos impactos negativos que as tarefas têm para o CF. Desde o desgaste físico ao psicológico, aos

baixos salários e à ausência de proteção social, para este autor os CF são pessoas que estão sujeitas a um trabalho muito exigente e pesado que nem sempre conseguem gerir bem.

De acordo com Stone (2004), a imagem pública, pouco atrativa, dos serviços de cuidados a idosos, desencoraja os trabalhadores a se manterem nesta profissão, levando a que explorem novas oportunidades de trabalho. Esta imagem menos positiva, na opinião de Berguer e Mailloux-Poirier (1995), advém do desconhecimento acerca da especialidade de cuidados e por constituir um trabalho realizado num ambiente difícil, com utentes de idade muito avançada, no declínio das suas vidas, com graves problemas de saúde, a maioria tristes e desmotivados. Por sua vez, para Sousa (2011), esta imagem mais negativa relaciona-se com o fato de ser considerado um trabalho pesado na esfera dos cuidados, relacionada também com a falta de atenção que alguns cuidadores, por vezes, dão aos idosos que cuidam, desumanizando-os ou tornando, muitas vezes, a relação impessoal. Ainda segundo este autor, os profissionais dos cuidados não encaram a profissão como carreira, o que acarreta sentimentos negativos relativamente ao estatuto e imagem social da sua profissão.

Além dos aspetos mais negativos inerentes à prestação de cuidados, importa salientar que é reconhecido que estes trabalhadores (CF) são fundamentais para a preservação da QdV dos idosos e que a relação entre os idosos e o cuidador é a característica central desta qualidade (Zimmerman et al., 2005). O cuidado que os CF facultam é íntimo e pessoal, complexo física e psicologicamente, sendo os olhos e os ouvidos muitas vezes o principal sistema de cuidados (Stone, 2004). Tendo em conta que o envelhecimento deverá ser encarado tendo em conta diversos componentes (Fontaine, 2000), faz todo o sentido que os cuidados os incluam. Neste sentido, o tipo de cuidados prestados aos mais velhos deverão compreender as componentes (i) biológica, relativa às alterações físicas do organismo, (ii) psicológica, referente às mudanças cognitivas, os desafios da vida subjetiva de cada um, as tarefas e possibilidades, e as capacidades de adaptação, (iii) sociológica, que abarca as alteração nos papéis e comportamentos ao longo da vida e adequação dos papéis e dos comportamentos, (iv) cultural, que engloba o que norteia o modo como as pessoas vivem, o que é comumente acreditado e valorizado, bem como o modo como as pessoas procuram atender suas necessidades na sociedade e, finalmente, (v) espiritual (crenças religiosas ou não). Os cuidados devem, pois, ser ajustados ao tipo de necessidades de cada beneficiário.

Nas palavras de Castro-Caldas e Mendonça (2005:194), o ato de cuidar “ (...) reveste-se de um risco de desenvolvimento de doença física ou mental para o cuidador, pois é para este que são destinadas as maiores responsabilidades”. De acordo com Monteiro, Queirós e Marques (2014:2), os CF de pessoas em idade adulta avançada executam atividades laborais

que envolvem um trabalho direto e contínuo com os “*sujeitos que estão numa situação de dependência e vulnerabilidade física, cognitiva e social ou de doença crónica ou terminal*”. Como tal, os cuidados que devem prestar podem ao longo dos tempos converterem-se num encargo árduo e complexo (Ribeiro et. al. 2009), decorrente das imposições do ato de cuidar e de alguns fatores de vulnerabilidade pessoal que promovem o surgimento de situações de *stress* no trabalho (Monteiro, Queirós e Marques, 2014). De acordo com Ribeiro et al (2009), o desenvolvimento de atividades laborais no âmbito dos cuidados a idosos gera frequentemente sentimentos de angústia, insegurança e desânimo.

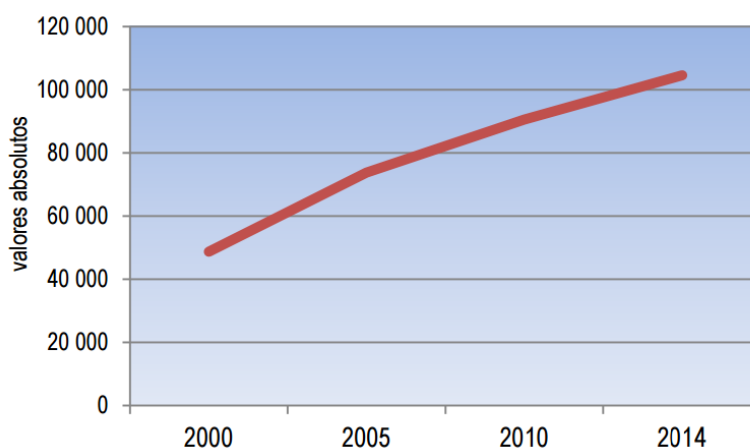
Relativamente à **categoria profissional** dos CF que prestam cuidados geriátricos no domicílio dos idosos, estes podem ser incorporados numa diversidade de designações, que varia de instituição para instituição, dado que não existe consenso legislativo. As categorias profissionais previstas na legislação que preveem a prestação de atividades laborais diretamente relacionadas com os idosos, na valência de SAD, são os ajudantes de ação direta (AAD), ajudantes familiares (AF) e trabalhadores auxiliares (serviços gerais). De acordo com o Decreto-lei 414/99 de 15 de outubro (anexo n.º 1), o descritivo funcional da carreira de AAD determina que estes devem trabalhar diretamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o bem-estar dos utentes, sendo que estas tarefas devem ser executadas no domicílio dos utentes do estabelecimento com a RS de SAD. O Boletim do Trabalho e Emprego (2015), por sua vez, prevê que o trabalhador auxiliar (serviços gerais) execute atividades de higienização e arrumação das instalações; garanta a condução de alimentos e outros artigos; auxilie as refeições em refeitórios; execute funções de estafeta, realize a repartição da correspondência e valores por protocolo; efetue o transporte de cadáveres e que execute outras tarefas não específicas mas que se ajustem no âmbito da sua categoria profissional e não suplantem o nível de indiferenciação em que esta se integra. Finalmente, embora o manual da Direção Geral da Ação Social - DGAS (1996) faça referência a ajudantes familiares como uma categoria que presta apoio direto a idosos, segundo o Boletim do Trabalho e do Emprego - BTE (2015) a mesma categoria foi extinta.

### 3. SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

De acordo com Gil (2009), a valorização por uma estratégia de preservação da pessoa idosa no domicílio tem sido uma tendência constante na última década, o que leva a que a valência de SAD tenda a ser valorizada, face a outras respostas sociais. Esta valorização teve

início em 1994 com o Programa de Apoio Integrado a Idosos – PAII, um programa promovido pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Segurança Social<sup>6</sup>. Desde então que a valência de SAD tem adquirido uma importância crescente, em detrimento de outras respostas sociais, tal como revela o relatório da Carta Social do ano de 2014. A figura, n.º 4 ilustra esse crescimento, entre os anos de 2000 e 2014.

**Figura n.º 4** - Evolução da capacidade da resposta social SAD, em Portugal Continental, no período temporal compreendido entre 2000 e 2014.



(Fonte: Relatório da Carta Social, 2014)

O SAD é uma resposta social destinada a pessoas consideradas idosas (65+ anos) e assenta na realização/prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que não estão inseridas num espaço institucional (Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro). O quadro legislativo desta resposta social prevê que os seus clientes sejam idosos que se encontrem em situação de dependência física e/ou psíquica e que não consigam assegurar, provisória ou continuamente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das AIVD, nem disponham de retaguarda familiar para o efeito.

De acordo com a Direção Geral de Ação Social (1996), são objetivos gerais desta valência cooperar de modo a proporcionar uma melhoria da QdV aos destinatários e contribuir para retardar ou evitar a institucionalização. Deste modo, o que se pretende é que as pessoas mantenham QdV, na sua residência, local onde habitualmente se sentem melhor.

<sup>6</sup> O PAII foi criado pelo Despacho Conjunto do Ministério da Saúde e do Emprego e da Segurança Social publicado no Diário da República n.º 166 de 20 de Julho de 1994, primeiro programa direcionado para a valorização da preservação da pessoa idosa no seu domicílio.

Constituem seus objetivos específicos garantir a satisfação das necessidades básicas e prestar cuidados de ordem física e psicossocial quer dos clientes, quer das suas famílias, e coadjuvar na prestação de cuidados de saúde, quando existentes.

De acordo com a Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro, qualquer resposta social de SAD deve possuir, obrigatoriamente, condições para prestar pelo menos quatro dos seguintes serviços: (i) cuidados de higiene e conforto pessoal; (ii) higiene habitacional; (iii) fornecimento e apoio nas refeições, de acordo com as dietas com prescrição médica; (iv) tratamento da roupa pessoal; (v) atividades de animação e socialização, nomeadamente, em termos de lazer e cultura; (vi) aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade; e (vii) serviço de teleassistência. Adicionalmente, poderão ser prestados outros serviços, previstos na legislação supramencionada, como é o caso de formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes, bem como apoio psicossocial; confecção de alimentos no domicílio; transporte; cuidados de imagem; realização de pequenas modificações ou reparações na habitação; e realização de atividades ocupacionais. Os serviços são acionados de acordo com as necessidades de cada cliente.

Em relação à imagem associada ao serviço de apoio domiciliário, esta não tende a ser tão negativa como no caso de outras respostas sociais (e.g. ERPI), pois os idosos de SAD, sentem que não perdem a sua autonomia e que ainda têm poder de tomar decisões pois estão nas suas casas (Pimentel, 2001). Dado que não se trata de uma resposta social de longa permanência, que não obriga a deslocação para as instalações físicas da instituição, o perfil assistencialista<sup>7</sup>, e a perda de qualidade de vida apontadas por Freitas e Scheicher (2010) já não se aplicam. Para Perlini, Leite e Furini (2007), a crescente publicitação de notícias que ressalvam os aspetos negativos da institucionalização<sup>8</sup> (e.g. em ERPI), bem como a crescente visibilidade pública de situações de maus tratos em contexto lar, a par de estruturas físicas deficitárias com falta de recursos humanos capacitados para atuar com os idosos, também contribuem para uma valoração mais positiva da RS de SAD (essencialmente pela ausência de institucionalização, Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro). No fundo, o SAD em comparação com respostas sociais que pressupõem institucionalização (e.g. ERPI ou CD) é visto como um complemento e não como uma substituição ao apoio informal/familiar.

---

<sup>7</sup> Para Scheicher (2010:395) as instituições de longa permanência, como sejam as ERPI, tendem a assumir uma posição assistencialista, que passa essencialmente pelo alojamento e alimentação.

<sup>8</sup> A preocupação pelo bem-estar dos idosos institucionalizados é de tal forma notória que em 24 de Setembro de 1993 realizou-se, na Holanda, da responsabilidade da Associação Europeia de Diretores de Instituição de Idosos, um encontro donde saiu a Carta Europeia dos Direitos e Liberdade do Idoso Residente em Instituições.

Na verdade, embora alguns autores como Gil (2009) façam referência ao SAD como um serviço de “*banho e marmita*”, são várias as vantagens que lhe estão associadas e que podem justificar o aumento da sua capacidade. A tabela nº 2 sistematiza as principais virtualidades e limitações e/ou riscos da resposta social de SAD, na perspetiva de Guedes (2014).

**Tabela n.º 2** - Principais virtualidades e limitações e/ou riscos da resposta social de SAD

<b>Principais Virtualidades</b>	<b>Principais limitações e/ou riscos</b>
Garantir a permanência no domicílio	Entendimento dos sujeitos como seres biológicos – ausência de muitos serviços
Evitar a institucionalização	Quantidade de tempo associado ao cuidado
Garantir necessidades básicas aos utentes	Insuficiência de mecanismos de comunicação e controlo da dos cuidados
Funcionar como um complemento ao apoio informal	Falta de formação, de supervisão dos profissionais de trabalho em equipa
Contribuir para o combate ao isolamento social das pessoas idosas	Dificuldade em assegurar planos de cuidados individualizados
	Pouco envolvimento dos utentes na prestação dos cuidados, assim como da família.

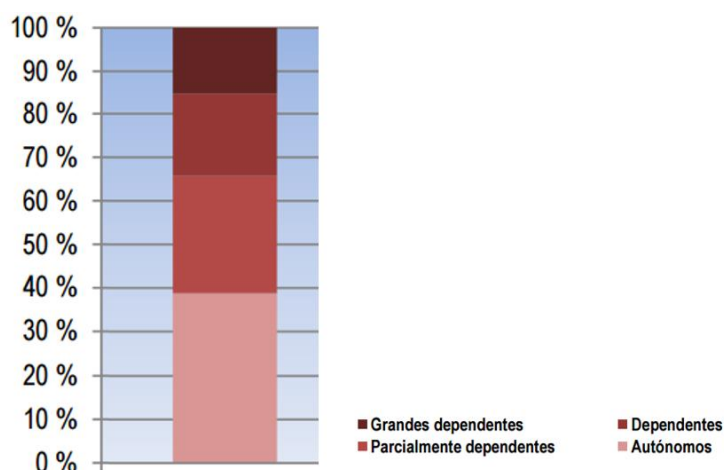
(Fonte: Adaptado de Guedes, 2014:199)

Para além destas virtualidades, Daniel, Monteiro e Ferreira (2016: 257) acrescentam uma outra, a possibilidade que a resposta SAD permite de manter (...) “*o contato com a sua [do idoso] rede de proximidade, e assegurando a manutenção de alguma autonomia*”. Nesse sentido, e de acordo com Castro-Caldas e Mendonça (2005:193), quando se trata de prestar apoio a idosos, o ambiente de casa “*representa segurança, proteção e controlo*”, afigurando-se como um ambiente capacitador no sentido de incitar à manutenção de competências. Trata-se de um local familiar para o beneficiário dos cuidados, onde ao contrário dos casos de institucionalização, não existe a necessidade de adaptação a um novo espaço, completamente novo e com regras não definidas pelo mesmo. Ou seja, nos casos onde os cuidados são prestados em casa, a pessoa idosa sente um maior controlo, pois é a sua casa, local onde sempre viveu, onde se sente familiarizada e especialmente bem, o que acaba por dar uma maior segurança num contexto de vulnerabilidade física, pois não necessita de obedecer a regras (não são os CF que vão “mandar” na sua casa). Estando a pessoa numa situação de equilíbrio, ainda que o mesmo esteja constantemente ameaçado devido às alterações decorrentes do avançar da idade, existe um sentimento de responsabilidade acrescida em manter o seu quotidiano, o que facilita a estimulação das suas capacidades.

De um modo geral, a RS de SAD é estimada por muitos indivíduos em situação de dependência como uma forma de continuarem inseridos no seu meio habitual de vida, rodeados dos seus afetos e pertences, com a hipótese de existir novos relacionamentos facultados pelos cuidadores que, em circunstâncias de desfiliação social e/ou de ausência de retaguarda familiar, se constituem mais do que técnicos de apoio, mas novos familiares ou amigos pela proximidade criada.

Mcnnis e White (2001) referem que os idosos estão especialmente vulneráveis a sentimentos e estados de solidão devido ao declínio da sua saúde física, que os força ao isolamento social. Segundo dados da Carta Social, verifica-se que no ano de 2014 mais de 50% da população idosa que frequentava a resposta social de SAD apresentava algumas limitações no que concerne à sua autonomia (cf. Figura n.º 5)

**Figura n.º 5** - Distribuição percentual dos clientes em resposta social de SAD, por dependência



(FONTE: Adaptado de Relatório da Carta social, 2014:44)

Tendo em conta estes dados, depreende-se que em alguns casos esta valência possa assumir-se como a única e exclusiva via de acesso dos clientes ao mundo exterior. Dentro dos equipamentos de apoio social de SAD, sabe-se que os CF são as pessoas no seio da instituição que mantêm um contato mais próximo com os clientes. Como tal, nestas situações, a prestação de cuidados adquire algumas especificidades, já que vai além da satisfação das

suas atividades básicas de vida diária<sup>9</sup>, permitindo processos de socialização. Neste sentido, importa saber o que alguns estudos Portugueses sobre esta realidade nos dizem.

#### **4. Realidade dos CF em SAD em Portugal: uma sistematização de estudos académicos**

Constituindo a temática da prestação de cuidados a idosos dependentes um foco de interesse frequente no âmbito dos trabalhos académicos desenvolvidos em Portugal, sejam eles oriundos das áreas da saúde (e.g. enfermagem, psicologia) ou da área social (e.g. sociologia, serviço social), realizou-se uma pesquisa de trabalhos (especificamente teses de doutoramento e dissertações de mestrado) nos repositórios de várias Universidades nacionais e em bases de dados específicas relacionadas sobre este tipo de trabalhos, como o RCAAP<sup>10</sup> – Repositório Científico de Acesso Aberto a Portugal, Scielo<sup>11</sup> - Scientific Electronic Library Online, Dialnet<sup>12</sup> e Google Académico<sup>13</sup>. Nos vários motores de busca utilizados, foram definidas como palavras-chave de pesquisa “cuidadores formais” e “serviço de apoio domiciliário”, circunscrevendo-se a pesquisa a estudos realizados em Portugal com ambos os termos nas palavras-chave ou resumo do documento. Do total de 7 estudos identificados, expõe-se uma sistematização das suas principais características (título, investigadores, objetivos, metodologia, amostra e principais resultados) na tabela nº 3 da página seguinte.

Uma análise da tabela permite identificar que existe uma predominância de estudos de carácter quantitativo (n=4), quando em comparação com estudos qualitativos (n=2) ou mistos (n=1). Trata-se de estudos que incluem nas suas amostra sobretudo entrevistas e/ou questionários a CF (de 9 a 254), nem sempre especificando o número de profissionais relativos ao SAD, e que tiveram como objetivos principais, no caso dos de carácter qualitativo, analisar o perfil sociodemográfico dos CF e dificuldades sentidas. No que concerne aos estudos de carácter quantitativo, os objetivos centraram-se complementarmente na caracterização do ambiente físico e condições arquitectónicas dos locais onde os CF desenvolvem atividades, nas motivações para exercerem a profissão e na comparação de perfis entre CF de várias respostas sociais, em vários domínios (e.g. QdV, stress, ansiedade,

---

<sup>9</sup> E.g. “*higiene pessoal, vestir, alimentação e nutrição, controlo da eliminação, deslocações no interior do domicílio*” (Antón, 2016:20)

<sup>10</sup> Link de acesso: <http://www.rcaap.pt/>

<sup>11</sup> Link de acesso: <http://www.scielo.org/php/index.php>

<sup>12</sup> Link de acesso: <https://dialnet.unirioja.es/>

<sup>13</sup> Link de acesso: <https://scholar.google.pt/>



depressão). De assinalar que o único estudo misto teve como objetivos, além de traçar o perfil sociodemográfico dos CF, analisar os fatores de satisfação destes profissionais e a sua opinião dos face à equipa de cuidados do âmbito da saúde.

**Tabela n.º 3** - Tabela-síntese dos estudos sobre CF existentes em Portugal

<b><u>TÍTULO E AUTORES</u></b>	<b><u>OBJETIVO</u></b>	<b><u>METODOLOGIA</u></b>	<b><u>AMOSTRA</u></b>	<b><u>PRINCIPAIS RESULTADOS</u></b>
Dificuldades do cuidador formal de pessoas idosas dependentes no domicílio. (Batista, 2012)	Identificar as dificuldades dos cuidadores formais e analisar os cuidados que prestam, conhecer o processo de formação do cuidadores formais e a opinião acerca do apoio prestado pela equipa de enfermagem.	Estudo qualitativo com recurso a entrevistas semiestruturadas.	10 CF de SAD, todas mulheres; Média de idades: 47.9 anos (dp= 3.5 anos).	Metade dos cuidadores formais refere não ter tido formação inicial, 8 afirma ter realizado formação contínua, 7 refere não ter tido qualquer tipo de apoio formativo da equipa do centro de saúde. A equipa de enfermagem do centro de saúde apoia as cuidadoras quando sentem dificuldades no desempenho em contexto domiciliar
Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos. (Ferreira, 2012)	Compreender a profissão do cuidador formal de idosos procurando identificar fatores de satisfação provenientes do cuidado/contacto com o idoso	Estudo qualitativo com recurso a entrevistas.	9 CF*, 6 mulheres e 3 homens; média de idades de 36.6 anos (dp=4.6 anos)	Cuidadores formais com forte sentido de trabalho em equipa, conseguem fazer separação entre vida profissional e pessoal e ultrapassar situações menos desejadas. A morte é apontada como a situação mais difícil de enfrentar e ocorre um inevitável estabelecimento de laços afetivos. A satisfação está presente no ambiente de trabalho sendo crucial para a qualidade de vida dos cuidadores formais.
Auxiliar de ação direta: um estudo sobre traços de personalidade, valores e satisfação profissional. (Castanheira, 2013)	Caracterizar sociodemográfica e profissionalmente os cuidadores formais na categoria profissional de ajudantes de ação direta, e descrever os seus valores motivacionais básicos e a satisfação profissional.	Estudo quantitativo com recurso a questionários.	53 CF*, todas mulheres; média de idades: 42.9 anos (dp=9.6 anos)	Ajudantes de ação direta maioritariamente mulheres, de meia-idade, casadas (ou em união de facto), com baixas /médias habilitações académicas. A satisfação profissional está presente no contexto laboral, sendo esta característica crucial para a qualidade de vida das ajudantes de ação direta.
Quem cuida dos idosos? Formação e qualidade de vida de cuidadores formais de pessoas idosas. (Beringuilho, 2013)	Avaliar e comparar o perfil, níveis de formação e de qualidade de vida de cuidadores formais de instituições geriátrica; analisar a relação entre a existência de formação e os níveis qualidade de vida.	Estudo quantitativo com recurso a questionário.	254 CF *, todas mulheres; média de idades: 44.1 anos (dp=10.24 anos)	Observaram-se diferenças entre o perfil dos cuidadores formais de instituições com e sem fins lucrativos. Relativamente à qualidade de vida verificaram-se melhores níveis nos domínios físicos, psicológico e social em indivíduos que referem possuir formação na área em que trabalham.

\* Ausência de referência ao número específico de CF na valência de SAD.

<b><u>TÍTULO E AUTORES</u></b>	<b><u>OBJETIVO</u></b>	<b><u>METODOLOGIA</u></b>	<b><u>AMOSTRA</u></b>	<b><u>PRINCIPAIS RESULTADOS</u></b>
Estudo sobre os apoios prestados pelas respostas sociais aos idosos com doença de Alzheimer e outras Demências no Concelho de Bragança. (Lourenço, 2013)	Conhecer as respostas sociais para os idosos, traçar um perfil sociodemográfico dos clientes, e analisar as dificuldades sentidas pelos cuidadores formais e informais, bem como os apoios que lhe são prestados. Avaliar o ambiente físico e condições arquitectónicas de segurança das respostas sociais.	Estudo quantitativo com recurso ao diagnóstico social da rede social, questionários e entrevistas.	53 CF *oriundos de 37 RS	Escassez de serviços e atividades especializados e adaptados às necessidades dos idosos com demência. CF com maior preponderância de problemas físicos, psíquicos e relacionais (sobrecarga), sendo os apoios para minimizar as dificuldades também escassos. Do ambiente físico e arquitectónico das instituições e domicílios verificou-se a existência de reduzida segurança e adaptação às especificidades dos utentes com demência.
Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: Um estudo de caso. (Rodrigues, 2014)	Traçar um perfil de cuidadores formais de idosos, procurando identificar fatores de satisfação destes profissionais.	Estudo misto (qualitativo e quantitativo), com recurso a questionários.	13 CF *; todas mulheres; média de idades: 48 anos.	Os resultados revelam um perfil de cuidadores formais do sexo feminino, com média de idades de 48 anos, maioritariamente casadas, possuindo o terceiro ciclo ou ensino secundário completo, sem formação prévia na área à data de entrada na instituição, satisfeitas ou muito satisfeitas com as funções desempenhadas.
A relação entre a formação e os níveis de stress, ansiedade e depressão em cuidadores formais de Centros Sociais. (Pereira, 2014)	Analisar os níveis de stress, ansiedade e depressão de cuidadores formais de Centros Sociais, verificar se existem diferenças nos níveis stress, ansiedade e depressão entre os cuidadores de idosos e os cuidadores de crianças e compreender a relação entre a formação e os níveis de stress, ansiedade e depressão.	Estudo quantitativo com recurso a questionário e a escalas de ansiedade, depressão e stress.	110 CF*; 108 mulheres e 2 homens; informação não disponível sobre idade.	Verifica-se que a escala de stress regista valores altos, no entanto, a escala de ansiedade apresenta valores mais elevados do que a escala de depressão. Na escala de stress, os cuidadores que prestam vários serviços, apresentam os valores mais elevados, seguidos pelos cuidadores que prestam serviços de apoio, Cuidadores dos Serviços de Apoio. Nas escalas de ansiedade e de depressão, os valores mais altos verificam-se nos Cuidadores dos Serviços de Apoio. Existem diferenças significativas nos resultados das escalas de stress, de ansiedade e de depressão entre o número de funções dos cuidadores. Isto, é o facto de se ter várias funções ou de se ser Cuidador com Multifunções parece influenciar os níveis de stress, ansiedade e depressão.

**Legenda:** CF= Cuidadores Formais | dp= desvio padrão

No que concerne aos resultados, de um modo geral verifica-se o predomínio de CF do sexo feminino, de meia-idade, com médios/baixos níveis de escolarização e casadas ou a viver em união de fato. O estabelecimento de laços afetivos entre CF e clientes é algo que também é retratado no perfil destes profissionais, bem como a presença de um trabalho realizado em equipa. Embora se considere que a profissão possa causar quer problemas a nível físico, quer problemas a nível psicológico, constata-se que a maioria dos CF nestes estudos se encontra satisfeita em matéria laboral. Os estudos que tiveram como objetivo estudar os motivos de ingresso na profissão, referem que o mesmo prendeu-se com a necessidade de trabalhar, não configurando o exercício de uma opção deliberada por trabalhar com esta população (idosa) ou nos contextos considerados pelas RS em causa.

De uma forma mais pontual, verifica-se que existem diferenças entre os CF que exercem as suas funções em instituições com e sem fins lucrativos, quer em relação à formação académica (maior prevalência de formação no grupo das instituições sem fins lucrativos), quer a nível de QdV (grupo das entidades sem fins lucrativos apresentam, em geral, melhores níveis de QdV). Verifica-se, igualmente, que a morte dos clientes é um acontecimento retratado como de difícil enfrentamento (fruto da relação estreita entre profissionais e clientes e da frequência com que se relacionam), e que predomina a importância do trabalho em equipa na área dos cuidados (entre a esfera dos cuidados sociais e a esfera dos cuidados de saúde, que embora desenvolvam atividades diferentes, têm como principal objetivo contribuir para o bem-estar do cliente).

Esta compilação de estudos permite verificar que no âmbito das investigações relacionadas com os CF na esfera dos cuidados sociais existem um escasso número de estudos de carácter qualitativo que abarquem exclusivamente a RS de SAD e nenhum que se tenha proposto estudar o mesmo que o presente trabalho estudo se propõe. (designadamente a vivência emocional destes profissionais que “entram pela casa das pessoas” para cuidar). Conclui-se, pois, que se trata de uma especificidade que não tem despertado interesse dos investigadores com publicações nacionais relativas aos CF. Em conjunto, estes factos evidenciam que o presente estudo assume um carácter inovador.

---

## CAPÍTULO II: CONTRIBUTO EMPÍRICO

---

*“As ideias centrais orientadoras da investigação qualitativa são diferentes da investigação quantitativa. Os seus traços essenciais são a correta escolha de métodos e teorias apropriados; o reconhecimento e análise de diferentes perspetivas; a reflexão do investigador sobre a investigação, como parte do processo de produção do saber; a variedade dos métodos e perspetivas”*

(Flick, 2005:5)

## 1. Objetivos do estudo

Pretende-se com este estudo, de natureza qualitativa, analisar o impacto do trabalho desenvolvido pelos cuidadores formais da resposta social de serviço de apoio domiciliário no seu quotidiano. Mais especificamente, pretende-se:

- **Identificar as principais dificuldades experienciadas pelos CF:** Com este objetivo pretende-se em particular conhecer as principais dificuldades sentidas pelos CF no desenvolvimento das suas atividades laborais no domicílio dos idosos (RS de SAD), e conhecer a sua percepção das mesmas em comparação com outras respostas sociais (e.g. CD, ERPI, CC).
- **Identificar as principais consequências decorrentes do tipo de trabalho que desenvolvem:** Identificar os principais impactos, positivos e negativos, decorrentes da atividade profissional, com ênfase particular nas vivências emocionais associadas (e.g. sobrecarga, gratificação, repercussões na vida pessoal e familiar).
- **Identificar o grau de satisfação dos CF:** Pretende-se saber se os CF que desenvolvem as suas atividades laborais no domicílio dos idosos (RS de SAD) se sentem realizados, ou não, com o tipo de trabalho que desenvolvem e quais os motivos que sustentam essa (in) satisfação.

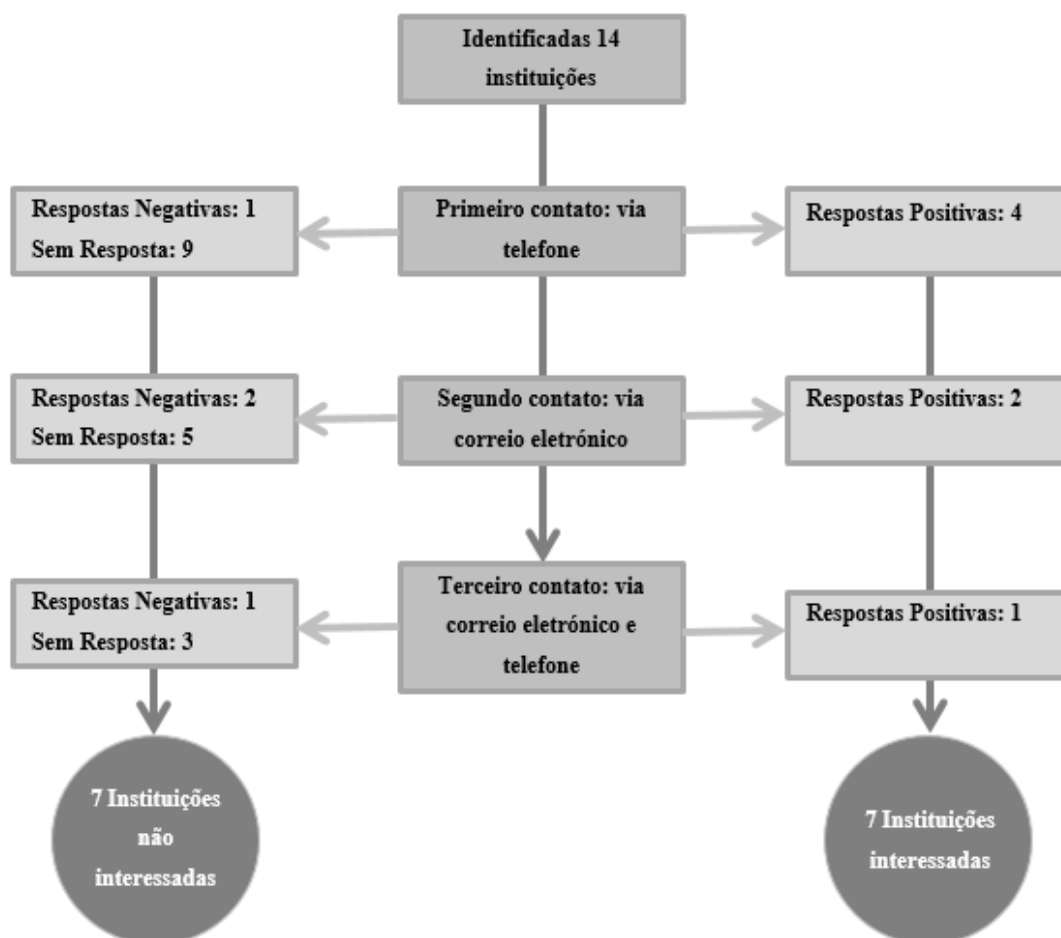
## 2. Constituição da Amostra

Foram definidos vários critérios de inclusão neste estudo. Os CF tinham de (1) estar inseridos profissionalmente numa das RS pertencentes ao concelho de Paredes; (2) independentemente da categoria profissional, tinham de ser trabalhadores afetos ao quadro de pessoal da RS de SAD e (3) desenvolver atividade laboral exclusivamente na RS de SAD à data da realização do estudo, ou apenas desenvolver atividades complementares noutras valências, para assegurar serviço em caso de férias de outros colaboradores. Esta exceção decorre do facto de se tratar de um procedimento comum nas instituições devido à comum indisponibilidade financeira para contratação de recursos humanos nessas situações.

O concelho escolhido para realização do estudo foi Paredes, por razões de conveniência da autora desta dissertação (área de residência). Paredes é um concelho do norte de Portugal Continental inserido na região do Douro litoral e pertencente à zona metropolitana do Porto (Câmara Municipal de Paredes, 2016). Trata-se de um concelho que tem uma área de 157 Km<sup>2</sup>, cerca de 80 mil habitantes distribuídas por 24 freguesias e que apresenta o maior índice de população no Vale de Sousa.

A pesquisa de instituições do concelho de Paredes com valência de SAD foi realizada partir da análise da Carta Social<sup>14</sup>, tendo-se verificado a existência de 14 respostas com uma capacidade total para 458 clientes e a prestar apoio até à data a 373 (cf. anexo n.º 2). A figura n.º 6 ilustra o número de contatos realizados e o total das instituições, bem como o respetivo feedback em cada fase de contato.

**Figura n.º 6** - Número de instituições contactadas para participação no estudo e respetivo feedback.



<sup>14</sup> <http://www.cartasocial.pt/>

Quase todos os equipamentos sociais da área geográfica considerada foi contactada, numa fase inicial, via telefone de modo a auscultar informalmente disponibilidade e interesse em integrar no estudo. Este contacto foi realizado à direção técnica de cada instituição. Em alguns casos (n=4) houve decisão imediata positiva. A tabela nº4 expõe as instituições contactadas, bem como o tipo de contatos realizados até à obtenção, ou não, de uma resposta, bem como a decisão final de cada uma.

**Tabela n.º 4** - Tipo de contato realizado com cada instituição e respetiva conclusão acerca da participação no estudo.

INSTITUIÇÃO	1.º CONTATO <sup>15</sup> : telefónico ou correio electrónico	2.º CONTATO: telefónico e/ou correio electrónico	3.º CONTATO: telefónico e/ou correio electrónico	OBS
<b>1. Centro Social de Cete (CSC)</b>	✓	×	×	R/ positiva
<b>2. Centro Social e Paroquial de Baltar (CSPB)</b>	✓	×	×	
<b>3. Centro Social e Paroquial S. Miguel de Gandra (CSPSMG)</b>	✓	×	×	
<b>4. Santa Casa da Misericórdia de Paredes (SCMP)</b>	✓	×	×	
<b>5. Associação de Apoio à Terceira Idade de S. Miguel de Beire (AATISMB)</b>	✓	×	×	R/ negativa
<b>6. Associação para o Desenvolvimento Integral da Sobreira (APDIS)</b>	✓	✓	×	
<b>7. Centro Social e Paroquial de Recarei (CSPR)</b>	✓	✓	×	
<b>8. Obra da Assistência Social da Freguesia de Sobrosa (OASFS)</b>	✓	✓	×	R/ positiva
<b>9. Centro Social e Paroquial de Vilela (CSPV)</b>	✓	✓	×	
<b>10. Associação Obras Sociais De São Vicente Paulo (AOSSVP)</b>	✓	✓	×	
<b>11. Associação para o Desenvolvimento de Rebordosa (ADR)</b>	✓	✓	×	R/ negativa
<b>12. Associação para o Desenvolvimento de Lordelo (ADIL)</b>	✓	✓	✓	Sem resposta
<b>13. S. Pedro – Centro Social da Sobreira (CSS)</b>	✓	✓	✓	
<b>14. Lufifamily – SAD Unipessoal, LDA.</b>	✓	✓	✓	

**Legenda:** OBS= Observações | ✓= Sim | ×= Não | R= resposta

<sup>15</sup> Correio electrónico enviado, disponível no anexo n.º 3



Como se pode verificar, após as 3 tentativas de contato com as respectivas instituições, 7 das 14 inicialmente identificadas manifestaram interesse em participar. Das instituições não participantes, 1 referiu não ter funcionários a desenvolver atividades laborais única e exclusivamente em SAD (embora existissem funcionárias afetas ao quadro de pessoal de SAD, acumulavam funções diariamente noutras respostas sociais); 1 referiu indisponibilidade; 2 não revelaram interesse no estudo; 3 não deram qualquer tipo de resposta. Assim, das 7 instituições interessadas, obteve-se um total de 35 CF, número apontado pelos dirigentes técnicos de cada instituição.

### **3. Recolha de Dados**

A recolha de dados/informação é um procedimento lógico da investigação empírica, para tal é necessário selecionar técnicas de recolha e de tratamento da informação adequadas, assim como controlar a sua utilização para os fins que se pretende (Quivy & Campenhoudt, 1998). As técnicas são conjuntos de procedimentos bem definidos destinados a produzir resultados na recolha e tratamento da informação requerida pela atividade de pesquisa.

A metodologia qualitativa “corresponde ao impacto gerado por este ‘mergulhar na realidade’ que representa o trabalho de campo” (Lalanda, 1998:882). De acordo com Quivy e Campenhoudt (1988), nesta metodologia de investigação em ciências sociais, o procedimento científico encontra-se dividido em três fases: a ruptura (com os preconceitos e as falsas evidências que a realidade tão próxima dos indivíduos proporciona), a construção (de um quadro teórico de referência, indispensável para se operar a ruptura e validar a experimentação) e a verificação (das explicações formuladas). A abordagem qualitativa, de acordo com Bogdan e Biklen (1994), pressupõe que os inquiridores desenvolvam empatia com a amostra em estudo e que façam esforços para compreender várias perspetivas. O objetivo não é o juízo de valor, mas antes o de compreender o ponto de vista dos sujeitos e determinar como e com que critério eles o julgam.

O objetivo fulcral da utilização desta metodologia no presente estudo prende-se com o necessidade de captar, com profundidade, a experiência relatada pelos CF, dando ênfase à subjetividade das narrações e emoções relacionadas com o tipo de trabalho desenvolvido. Esta metodologia permite averiguar a configuração que cada funcionário atribui às suas próprias práticas laborais associadas ao ato cuidar em SAD, e as relata no contexto das suas próprias vidas, captando, desta forma, o fundamental das suas representações e vivências.

Neste contexto, e tendo por base os pressupostos da metodologia qualitativa [nomeadamente compreender e encontrar significados através de narrativas verbais e de observações ao invés de se debruçar em números, como acontece na predominantemente, na investigação quantitativa, (Bento, 2012)], a possibilidade metodológica de recolha de informação que mais se adequa aos objetivos delineados neste estudo é a entrevista individual semiestruturada, antecedida de um breve questionário sociodemográfico:

### ***Questionário Sociodemográfico***

Aplicado antes da entrevista individual semiestruturada, teve como objetivo prover uma caracterização da amostra em estudo. É composto por 8 questões direcionadas para sexo; data de nascimento/idade; situação conjugal; instrução académica; experiência em cuidados em SAD e, mais amplamente, na instituição e grau de satisfação no que concerne ao tipo de trabalho desenvolvido no âmbito da RS de SAD.

### ***Entrevista Individual Semiestruturada***

A entrevista semiestruturada é uma ferramenta eficiente na produção de discurso de forma mais ou menos espontânea, possibilitando obter uma visão aprofundada do objeto de estudo (Ribeiro, 2008). De acordo com Flick (2002), existem seis tipos de entrevista<sup>16</sup> sendo que no tipo de trabalho/investigação que se pretende aqui realizar o tipo de entrevista que mais se ajusta é a centrada no problema. Segundo este autor, este tipo de entrevista semiestruturada caracteriza-se pela existência de um “*curto questionário precedente, o guião de entrevista, o registo gravado, e o pós escrito (protocolo da entrevista)*” (Flick, 2002: 89).

Tratando-se de uma entrevista individual do tipo semiestruturado, os assuntos são apresentados de uma forma aberta e clara, dando total poder ao CF para organizar as suas respostas, conceber associações, avaliações e valorações acerca dos assuntos propostos, bem como conduzir o seu discurso não descurando os tópicos a abordar. O guião de entrevista continha apenas uma questão única, de abrangência global e em conformidade com os objetivos delineados para o estudo. Uma questão de carácter geral onde os CF tiveram total liberdade para conduzir o seu discurso, de acordo com a importância que cada um atribui à experiência objecto de inquirição: as suas funções na RS de SAD. De modo a não se perderem informações cruciais, foram delineadas algumas questões guia. A tabela nº 5 explana a questão única e as questões-guia usadas no terreno. De notar que estas questões/tópicos guia

---

<sup>16</sup> Entrevista semiestruturada, a focalizada, a semipadronizada, a centrada no problema, as de especialistas, as etnográficas e as de problemas de equilíbrio e de orientação.

foram usados como suporte à estimulação do discurso do CF quando o mesmo não resultou tão espontâneo como o desejado, facto observado após as duas primeiras entrevistas realizadas em que se constatarem algumas dificuldades por parte dos CF em expandir os seus discursos. Estes tópicos tiveram como base uma seleção de aspetos do guião de entrevista de Zarit de sobrecarga do cuidador (Zarit, 1983; validação Portuguesa de Sequeira, 2007).

De salientar que o questionário de caracterização sociodemográfica e respetivo guião de entrevista foram enviados previamente para cada uma das instituições (anexo n.º 4 – email enviado) e encontram-se exposto no anexo n.º 5, do presente trabalho.

Antes de se proceder à realização das entrevistas para recolha dos dados, procedeu-se ao envio de um documento de “Pedido de Consentimento” (anexo n.º 6) via email. Teve-se o cuidado de apenas se dar início às entrevistas após este documento estar devidamente assinado e carimbado, por alguém da chefia, e na posse da entrevistadora, de modo a salvaguardar possíveis constrangimentos para o estudo e em linha com as melhores práticas de investigação neste tipo de estudo.

**Tabela n.º 5** - Questão única e questões guia do guião de entrevista realizado

<u>QUESTÃO ÚNICA</u>	<u>QUESTÕES GUIA</u>
<b>Fale-me da sua experiência como cuidador neste Serviço de Apoio Domiciliário ...</b>	Apreciação do trabalho em relação ao realizado em CD ou ERPI (melhor? pior? porquê?)
	Realização pessoal e profissional
	Já ponderou alguma vez mudar de profissão, sim ou não? Justifique.
	Quais as principais dificuldades que sente no desenvolvimento do seu trabalho e forma como lida com as mesmas?
	Tem algum comentário positivo ou negativo, relacionado com o trabalho que desenvolve que queira partilhar?

A recolha de dados ocorreu num momento único, de acordo com a disponibilidade das instituições, bem como dos CF nos casos em que essa recolha de informação foi realizada fora do horário laboral (n=12). Importa salientar que antes da realização das entrevistas, nenhuma informação, com exceção do número de CF que iriam fazer parte da amostra, foi cedida à investigadora. A cedência do número de funcionárias que em cada instituição estariam disponíveis para integrar o estudo apenas serviu para que existisse uma previsão do número

de participantes e do tempo necessário para a realização das entrevistas. Após a sua realização, o único contato que existiu com os dirigentes técnicos foi no sentido de agradecer a participação no estudo e informar que os resultados lhes iriam ser enviados via correio electrónico. Em relação às CF não houve qualquer contato, *à posteriori*. Em momento algum foram cedidas informações sobre o que se pretendia estudar, a não ser às pessoas que foram parte integrante da amostra em estudo, após consentimento da gravação das entrevistas.

As entrevistas tiveram uma duração variável (entre 10 e 40 minutos) e foram todas realizadas na sede das instituições a que os CF estavam vinculados, em locais onde foi possível o contato individual entre entrevistador e entrevistado, sendo que as mesmas foram gravadas em áudio para transcrição e posterior análise da informação recolhida. No início foi explicado aos CF que os objetivos da entrevista se centravam única e exclusivamente na recolha de informação para aumentar o conhecimento disponível acerca da realidade em estudo e não na resolução de problemas eventualmente identificados. Todas as entrevistas foram realizadas segundo os princípios de índole deontológica do Técnico Superior de Educação Social, formação de base do autor da presente dissertação, e todos os participantes deram o seu consentimento informado antes da recolha de qualquer tipo de informação. Foi referido a todos os CF que da participação no estudo não advinha prejuízo pessoal e que eram salvaguardadas sempre a integridade física, mental e moral, bem como o bem-estar e dignidade. Foram igualmente informados que em qualquer momento poderiam interromper a entrevista, caso assim o desejassem, bem como manifestar o interesse em deixar de fazer parte do estudo, sem que tal resultasse em constrangimento para a investigação ou para a instituição a que o CF se encontrava vinculado.

Em relação aos resultados obtidos, foi arrogada a sua confidencialidade e divulgação em caso de interesse, que deveria partir dos CF através de um contato telefónico ou correio electrónico<sup>17</sup>. À parte disto, foram informados que os resultados iriam ser enviados para as entidades patronais, e que poderiam ser consultados mediante as regras vigentes na instituição, sendo que o entrevistador não teria qualquer tipo de interferência.

---

<sup>17</sup> De modo a que não fosse quebrado o princípio da confidencialidade, foram dados os contatos telefónicos e de correio electrónico aos CF para posteriormente, caso assim o desejassem, ter acesso às conclusões do estudo.

#### 4. Análise dos Dados

Terminada a realização das entrevistas, procedeu-se à transcrição das mesmas, através de uma escuta cautelosa da gravação efetuada. Para que existisse coerência em relação à sua transcrição, antes deste procedimento procedeu-se à realização de um manual de transcrição das entrevistas (cf. anexo n.º 7). Este manual foi construído com o objetivo de criar algumas regras para que a transcrição de todas as entrevistas obedecessem aos mesmos critérios.

Os dados recolhidos no decorrer da entrevista foram tratados a fim de responder aos objetivos da presente investigação. Para analisar os dados recolhidos utilizou-se análise de conteúdo segundo Bardin (1977). A análise de conteúdo é definida por um conjunto de técnicas de análise das comunicações, todavia, *“não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrecho; ou com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações”* (Bardin, 1977:33). Segundo Bardin (1977), na realização de investigações científicas, por via da análise de conteúdo, obedece a várias fases: (i) a pré-análise, que visa a operacionalização e sistematização das ideias iniciais; (ii) exploração do material (resume-se, essencialmente, em operações de codificação, decomposição ou enumeração (esta é uma fase de extremo valor para o investigador, dado que é a partir desta que se vai selecionar as unidades de análise).; e, finalmente, (iii) na fase da inferência e interpretação, destinada ao tratamento dos resultados, de forma a serem significativos e válidos. Estas são as fases que foram seguidas criteriosamente até se chegar aos resultados da presente investigação.

#### 5. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A amostra final foi constituída por 34 CF. Apesar de terem sido realizadas 35 entrevistas, procedeu-se à eliminação de uma por se considerar que a mesma tinha sido condicionada por, à data da sua realização, o diretor técnico ter mantido a sua presença, de modo intermitente, no espaço a ela destinado, condicionando as respostas do CF. De salientar, a este propósito, que todas as outras entrevistas foram realizadas em espaços especificamente destinados para esse efeito, sem interferências.

No que concerne à caracterização da amostra, verifica-se que a totalidade dos CF é do sexo feminino. A situação conjugal predominante era casado ou em união de facto (73%; n=25) e a média de idades 45 anos (dp=8.75). No que se refere ao nível de instrução

académica, verificou-se a existência de uma predominância de pessoas detentoras do 3.º CEB (50%; n=17), seguido de ensino secundário (29%; n=10), em detrimento de outros níveis de escolaridade, ainda que estes níveis de escolarização tenham sido adquiridos, maioritariamente, após a entrada no mundo laboral através do processo de reconhecimento validação e certificação das competências.

De um modo geral, verifica-se que as CF apresentam experiência relevante para as funções que realizam, sendo que 59% (n=20) tem mais de 10 anos de experiência no cuidado a idosos e 82% (n=28) têm mais de 5 anos de experiência na RS de SAD. Relativamente ao grau de satisfação com o tipo de atividades desenvolvidas, a grande maioria expressou níveis elevados de satisfação (76%, n=26 considera-se muito satisfeito). A tabela n.º 6 na página seguinte apresenta a caracterização da amostra.

**Tabela n.º 6 - Caracterização da amostra.**

	N	% ou (DP)
<b>Idade</b>		
Média	45 anos	(8.75)
[Min–Max]	[25 anos – 64 anos]	
<b>Sexo</b>		
Feminino	34	100
Masculino	0	0
<b>Situação Conjugal</b>		
Solteiro (a)	5	15
Casado (a)/ União de facto	25	73
Viúvo (a)/Divorciado (a)	4	12
Outra	0	0
<b>Nível de instrução</b>		
Sem instrução	0	0
1.º CEB incompleto	0	0
1.º CEB	2	6
2.º CEB	5	15
3.º CEB	17	50
Ensino Secundário (ES)	10	29
Ensino Superior	0	0
Média	9.32 anos	(2.34)
[Min–Max]	[4 anos – 12 anos]	
<b>Anos de Experiência em Cuidado de Idosos</b>		
Menos de 1 ano	1	3
1 a 5 anos	5	15
5 a 10 anos	8	23
10+ anos	20	59
<b>Anos de Experiência em Cuidado de Idosos em SAD</b>		
Menos de 1 ano	1	3
1 a 5 anos	5	15
5 a 10 anos	14	41
10+ anos	14	41
<b>Anos de Experiência na Instituição</b>		
Menos de 1 ano	0	0
1 a 5 anos	6	18
5 a 10 anos	14	41
10+ anos	14	41
<b>Grau de Satisfação em Relação ao Trabalho</b>		
1= Nada satisfeito (a)	0	0
2= Insatisfeito (a)	0	0
3= Indiferente	1	3
4= Satisfeito (a)	7	21
5= Muito satisfeito (a)	26	76
Média	4.73	(0.51)
[Min–Max]	[3–5]	

**Legenda:** DP= Desvio-padrão | Min. =Mínimo| Max.= Máximo

## 6. Apresentação dos Resultados

Uma análise minuciosa e criteriosa das entrevistas transcritas permitiu identificar três grandes dimensões que se subdividem em categorias e subcategorias, tal como se pode

verificar na figura n.º 7. Para efeitos de análise aprofundada, definiu-se uma frequência mínima de 4 ocorrências de cada subcategoria nas transcrições, assumindo-se as outras categorias emergentes como residuais/pouco expressivas. Todas as categorias e subcategorias foram criadas tendo em conta as verbalizações das entrevistadas, importando evidenciar que as mesmas se encontram fortemente relacionadas entre si nas verbalizações das pessoas que foram parte da amostra, e que ao longo da análise várias vezes foi espontaneamente comparada a resposta social de SAD com CD e ERPI, pois são as valências que estão em comum com todas as instituições onde as CF da amostra em estudo estão inseridas.

A primeira dimensão considera diz respeito às características da resposta social de SAD que fazem com que a mesma seja uma RS percebida como “diferente” de outras respostas como ERPI ou CD, mesmo que as tarefas propriamente ditas não se distingam muito umas das outras. Esta dimensão abarca 4 categorias que incluem (i) o ambiente onde os cuidados são desenvolvidos, (ii) as condições em que os cuidados são realizados, (iii) as características que tornam os beneficiários únicos e distintos de outras RS e (iv) o que distingue os CF de SAD dos CF de CD ou ERPI. A cada categoria desta primeira dimensão correspondem entre 1 e 5 subcategorias, criadas de acordo com a frequência de verbalização das entrevistadas, e abordam desde aspetos relacionados com o tipo de trabalho desenvolvido e à enumeração de algumas das dificuldades sentidas no exercício das funções, à explicitação do que as CF entendem ser as justificações para que os beneficiários serem “diferentes” ou “especiais” em face aos outros de outras valências de apoio a idosos, e para o seu trabalho ter um carácter também ele diferenciador em relação àquele exercido por outras CF de outras valências da RS.

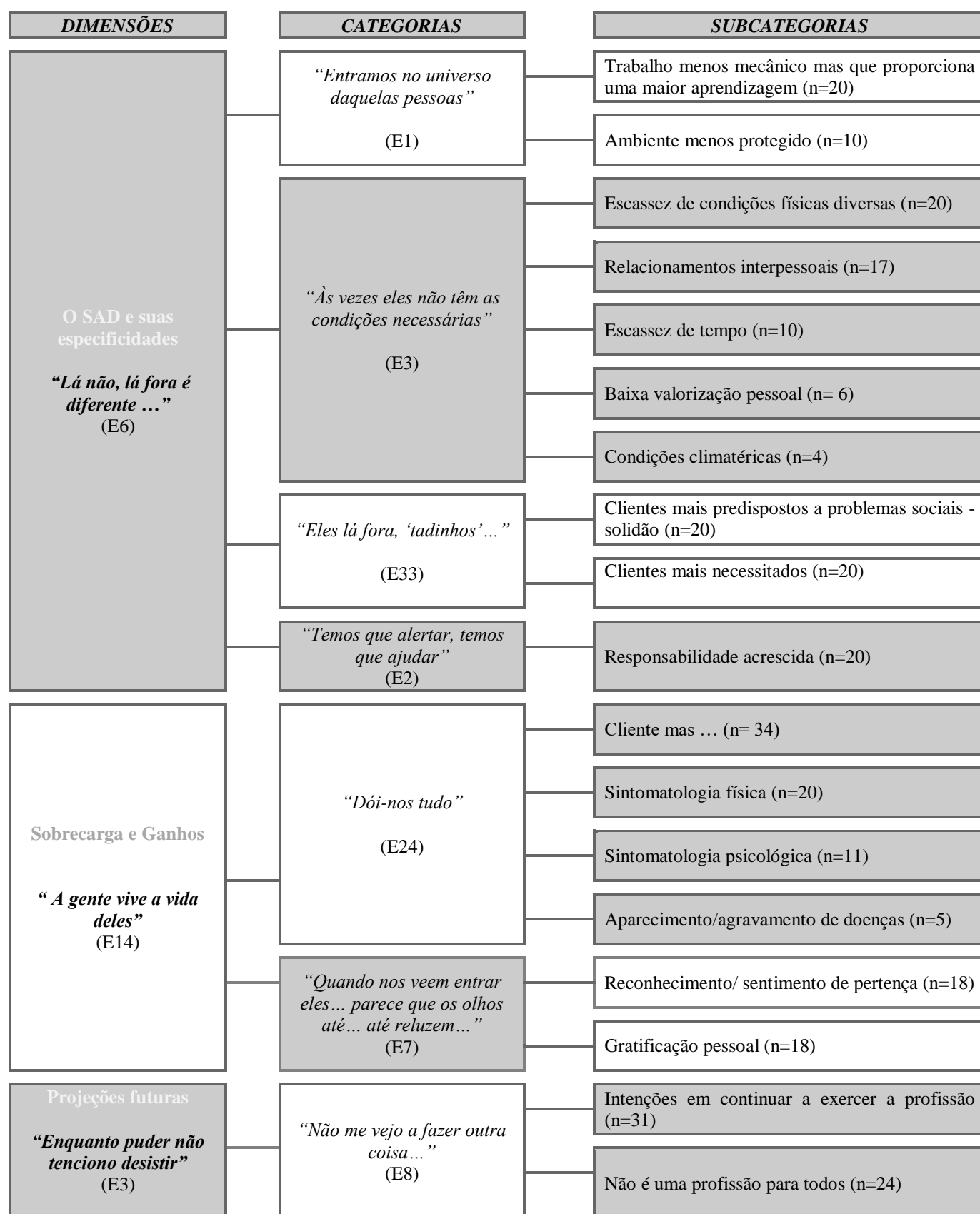
A segunda dimensão de análise diz respeito às consequências da profissão nesta RS de SAD e remete para aquela que se entende ser a principal repercussão: o envolvimento emocional com os receptores de cuidados e, muitas vezes, com as suas famílias. Trata-se de uma dimensão que emerge das verbalizações da sobrecarga e da gratificação oriundas da profissão, e que contempla 2 categorias, uma intitulada “*dói-nos tudo*” (sic) e que expressa a multiplicidade de sintomas decorrentes das funções de cuidar e do estado de saúde que se vê afectado, e uma outra, centrada nos ganhos percebidos (reconhecimento das tarefas realizadas / integração da dinâmica relacional numa lógica de “pertença” ao contexto domiciliário visitado, e ganhos pessoais).

Por último, a terceira dimensão de análise aborda as projecções futuras das CF no que concerne à intenção ou não de continuar a desenvolver atividades relacionadas com o cuidado social a idosos da resposta social de SAD. A esta categoria correspondem duas subcategorias:



uma referente ao que está na base de se tencionar manter na profissão e uma outra que abarca as características, consideradas como fundamentais para estas CF entrevistadas, para o desenvolvimento de um “bom trabalho”.

**Figura n.º 7 – Dimensões, categorias e subcategorias de análise**



***Lá não, lá fora é diferente... (E6)***

Foi possível verificar, através da análise das entrevistas realizadas, que para as CF entrevistadas, a RS de SAD quando em comparação com outras (e.g. CD e ERPI) apresenta **características muito distintas**. Ainda que se desenvolva o mesmo tipo de atividades (e.g. higiene pessoal, alimentação,...) existe um conjunto de fatores externos que têm influência sobre os serviços que são prestados. Com efeito, sendo um tipo de trabalho que se desenvolve fora do espaço físico da instituição tal configura o facto que, para as cuidadoras, mais se distingue de outras respostas sociais. As CF sentem que “entram num universo que não é o delas”.

e. *“E aqui, estamos mais à vontade, fazemos exatamente as mesmas coisas, mas lá temos que perceber se as pessoas gostam mais de falar, se as pessoas gostam menos de falar, porque temos os cuidadores. E nós não estamos a cuidar só do utente em si, nós temos também que interagir com o cuidador, enquanto que aqui não, são os utentes e ponto!”* (E1)

e. *“Nós estamos, entramos no universo daquelas pessoas, estamos a roubar um bocadinho o seu espaço e é aí que nós temos que nos controlar mais ...”* (E1)

Tratando-se de um trabalho que se realiza fora do ambiente institucional, onde as características contextuais variam de domicílio para domicílio, as funções exercidas em SAD proporcionam também um tipo de **trabalho mais dinâmico** entendido como particularmente exigente quando comparado com aquele desenvolvido em contexto de lar. O facto de constituir um **ambiente menos protegido** leva a que exista uma maior contenção dos sentimentos expressos: a relação entre CF-Clientes, muitas vezes de intimidade, é influenciada pela presença de terceiros, o que leva a que as CF tendam a ter maior contenção nas brincadeiras realizadas e em algumas verbalizações para evitar interpretações que possam espoletar conflitos e/ou uma imagem menos positiva de si e/ou do seu trabalho. Em paralelo, as CF destacam a existência de uma avaliação contínua por outras pessoas que não o cliente, geralmente CI ou familiares, facto que constitui também uma especificidade. Ou seja, geralmente em contexto de ERPI os familiares não assistem às atividades dos cuidados realizadas pelos CF com os idosos, o que têm acesso é ao resultado final das mesmas; em SAD, as famílias tendem a estar presentes no mesmo espaço físico onde os cuidados são realizados, direcionando o seu olhar para a forma como os mesmos são realizados.

e. *“(...) estamos fora das nossas portas, certo? Nós estamos, entramos no universo daquelas pessoas, estamos a roubar um bocadinho o seu espaço e é aí que nós temos que nos controlar mais (...) Porque nós ali estamos cara a cara, enquanto que aqui estamos protegidas por um telefone.”* (E1)

e. “Sei lá ... Ter outros ... outros ... aqui é mais parado e eu vou conhecer mais as coisas no terreno ... não é? Desenvolve-me mais, porque estou sempre a aprender ... todos os dias é uma coisa nova e eu gosto disso ... [silêncio] ... E... e ajuda-me a desenvolver, mais o carácter ... (...) É assim aqui ... Lá não, lá fora é diferente ... nós todos os dias aprendemos uma coisa nova ... [silêncio] ...” (E6)

e. “A gente trabalha bem, às vezes é ...por exemplo, para mim, é às vezes eu estou sempre mais atenta quando está a família, não é? Eles podem... às vezes até dizer uma brincadeira e eles podem pensar que...não é? Ou outra coisa qualquer...” (E8)

e. “E eu quando estou às vezes com certos familiares, que até não estou lá todos os dias, eu sou capaz de nem dar um beijo ou dois aos utentes e pôr-me lá com muitas festas, porque passa-me logo pela cabeça: ‘Ainda dizem que eu sou uma impostora’...” (E21)

e. “Acho que cá dentro é um bocadinho mais mecânico... são... as tarefas são diferentes... nós lá temos que ser amigas, temos que ser enfermeiras, temos que ser... temos que ser um bocadinho de tudo, enquanto que aqui temos pessoal especializado para determinadas situações.” (E32)

Pela pluralidade de situações onde os cuidados têm que ser prestados, as entrevistadas consideram que a RS de SAD oferece uma maior **aprendizagem**. Esta ocorre quer pelo contacto com os clientes, onde estes transmitem múltiplas experiências de vida, quer pelo contexto de realização dos cuidados, que exige que se encontrem a melhor solução dentro do possível, da forma mais adequada para a prestação dos cuidados necessários.

e. “Gosto muito do que faço, e uma pessoa aprende muito... neste tipo de trabalho... para depois a lidar um dia com os nossos, não é?” (E28)

e. “Porque aprendemos com as vivências dos nossos idosos, a história deles, a vivência deles, torna-se um exemplo para a... para a nossa vida. Acho muito interessante o ponto de vista deles, o que têm a ensinar, acho enriquecedor mesmo.” (E31)

Apresentando-se como uma resposta social que se caracteriza pela prestação de cuidados fora das instalações físicas da entidade em questão, onde os contextos diferem significativamente entre si, foi evidente que a **escassez de condições** a nível habitacional e do material de apoio, ou mesmo recursos humanos, é algo recorrente.

e. “Nós temos o nosso trabalho diário, às vezes é um bocadinho mais ... temos doentes que quando nós começamos a tratar deles, às vezes eles não têm as condições necessárias ... às vezes não têm os materiais, nem dinheiro para os comprar e nos resolvemos isso. Ou nós colegas acabámos por levar... uma leva um creme, outra leva um desodorizante e acabamos por ... por pôr as coisas ...” (E3)

e. (...) não ter condições em casa, não é? É uma ... é uma dificuldade que a gente encara logo de começo. Depois o chegarmos a casa das pessoas e vemos que eles não estão bem, ou precisam de mais, ou estão muito sozinhos, é muito complicado ... (E9)

e.” *Se fosse num lar, há aquelas ajudas de aparelhos e os elevadores e tudo mais e nós no domicílio somos duas funcionárias mas lidamos com pessoas de cento e tais quilos, acamados dependentes, as nossas...”* (E15)

e. *“É assim... temos idosos que estão mais... mais coisa... não ajudam muito e a gente tem que fazer... mas de resto, não tenho assim grande coisa a dizer.”* (E34)

Também as **condições climatéricas** acabam por ser algo específico desta RS, pois independentemente do tempo que faça, as CF têm que se deslocar até à casa dos clientes. A meteorologia é algo que não se consegue controlar, mas que não pode impedir que os cuidados seja realizados. O tempo, já desde um ponto de vista cronológico, constitui também uma especificidade complementar deste serviço recorrentemente verbalizada pelas entrevistadas: o tempo que faz não pode interferir na execução das tarefas, mas o tempo disponível para a execução das tarefas também ele é controlado, registando-se um “corre-corre constante”.

e. *“E depois em vez de estarmos a trabalhar 3, estamos a trabalhar 2... e temos que andar mais, porque temos que lavar loiça, para depois vir e saírem as comidas, ter tudo organizado a tempo e horas, é um ‘corre corre’. O que mais me custa é não termos aquele tempo, definido, porque às vezes o que eles querem é que nós conversemos um bocadinho com eles. E nós nem isso temos tempo...”* (E20)

No fundo existe um tempo definido para a realização das atividades (pelos atores responsáveis dos cuidados), tempo esse que acaba por não ter em conta a possibilidade de constrangimentos que obriguem à necessidade de investir mais tempo que o previamente delineado. Esta **escassez de tempo** acaba por impedir a convivência/ socialização dos CF com os clientes de um modo considerado necessário e/ou adequado.

e. *“Não, porque é assim, agora não tem estado a chover... mas a chover, às vezes, e de noite, como agora a gente vai e chega a casa deles de noite, não é fácil.”* (E8)

e. *“Era melhor que às vezes tivéssemos menos um ou dois domicílios, para podermos dar um bocadinho de atenção que às vezes eles querem falar e nós não temos, esse tempo, não é?”* (E9)

e. *“Sim, o tempo que realizamos as atividades que eles necessitam, havíamos de ter outro tanto tempo, alguns, que outros não ligam nenhuma, alguns precisavam de ... que a gente conversasse um bocadinho e estivesse ali um bocadinho com eles.”* (E12)

e. *“ (...) andar na carrinha, apanhar chuva constantemente (...). A gente anda à chuva ... molhadas até ao meio dia ... e depois andamos ...”* (E15)

A convivência / o estabelecimento de **relacionamentos interpessoais** é algo entendido como “obrigatório” e não opcional nesta RS, pois um trabalho em equipa é essencial para um bom resultado. Trata-se também de uma resposta social que não permite a permanência por

períodos longos no domicílio com os clientes (devido ao tempo estar contabilizado), sendo o feedback de terceiros (a passagem de informação, como sejam indicações médicas, indicações familiares acerca dos mesmos, quer por CF, CI ou outros) essencial para uma adequação dos cuidados. A obrigatoriedade de existir estes relacionamentos, algo que não depende da vontade dos CF leva, segundo as entrevistadas, à existência de alguns conflitos relacionais. No caso das entrevistadas deste estudo, tanto a relação CF-Clientes, como a relação CF-Outros (e.g. CF-CF, CF-CI/família/amigos,...) assumem uma parcela significativa dos fatores considerados como menos favoráveis da profissão. Assim, no que concerne às primeiras díades, os conflitos centram-se essencialmente na dificuldade dos clientes em aceitar conselhos por parte dos CF. Também os conflitos entre CF tendem a existir essencialmente fruto da falta de compreensão perante o trabalho que outras CF desenvolvem. No que concerne ao relacionamento CF-CI/família/idosos, a amostra em estudo considera que a falta de informação/conhecimento na área da gerontologia é algo que não beneficia a relação.

e. *“Não conseguem reconhecer os familiares e chamar se calhar pai ao marido e eles não compreendem que isso é uma demência, dizem que apenas está um pouco baralhada. Às vezes não querem utilizar as camas articuladas porque também lhes faz um bocado de confusão, porque é que, um marido deixar de dormir com a mulher, ou vice-versa, é como se houvesse uma separação.”* (E1)

e. *“Não acho que tenha mesmo a ver mesmo com as atividades, é mais com o cansaço psicológico que acaba por ser... não digo com utentes, porque o utente, por vezes nem causam isso ... as... acho que tem mais a ver com colegas de trabalho e situações de trabalho ... e ... pequenos conflitos de trabalho que levam a isso e não propriamente com as funções ou com o... com os utentes em si.”* (E13)

e. *“Ah... acho que no fundo o que me toca mais às vezes, é as pessoas acham que os idosos têm muitas necessidades e eu acho que às vezes a necessidade deles não é tão grande, por exemplo, a mim choca-me o fato de chegar à beira de um idoso e dar-lhe um beijinho e a pessoa dizer: “Não tem nojo?”* (E 22)

e. *“Ainda hoje disse a uma senhora assim: ‘Olhe, depois logo a minha colega vem cá, à tarde e lava-lhe a cabecinha, porque a senhora tem o cabelo, um bocadinho gorduroso, não... está muito frio, a gente compreende, está assim gorduroso e com o solzinho elas lavam.’, ‘Eu já lhe disse...’ e tratou-me mal logo... E eu digo assim, fiquei tão... fui fazer a cama mas ia assim tão enxuta, assim tão coisa... (...) E eu assim: ‘Olhe esta capa, Você não quer tirar esta capa para lavar, que esta está toda manchada?’, ‘Você está-me a chamar porca?’, ai... eu fiquei...”* (E23)

e. *“Ah... é muito difícil, às vezes, nós queremos fazer o melhor para eles e às vezes a família não deixa. Não deixa, eu quero querer, que não deixa porque acho que eles pensam que o melhor é assim, da forma como eles pensam.”* (E26)

e. *“Há coisas completamente normais, para ter ideia, aquele idoso que tem aquela forma de ser e com o tempo a gente vai-se apercebendo que não era bem aquilo, que a gente estava enganada. (...) E depois temos que mudar a nossa forma de lidar com ele... (...) Tem que se adaptar... E digamos que aquilo que parecia ser fácil, era bom, era meio, era isto e aquilo, com o tempo as pessoas também mudam... não é aborrecido, mas diferente. Mais...(...) Então isso custa-me muito... ali ter que trabalhar isso...”* (E32)

Para as CF entrevistadas, o SAD constitui uma RS onde os trabalhadores que prestam cuidados são pouco valorizados. As CF referem sentir que é uma **profissão pouco valorizada**, quer pela sociedade em geral, quer em específico pelas instituições onde estão inseridas (primordialmente pelos cargos de chefia). Neste último caso, a subvalorização relaciona-se muito com o valor de remuneração mensal. As imagens idadistas associadas ao envelhecimento verificam-se na própria interação que algumas destas CF têm com as suas famílias, que colocam em evidência a natureza do trabalho efectuado e a sua desvalorização.

e. “ (...) acho que muita gente tem uma ideia completamente errada do que é o serviço... o nosso trabalho... porque as pessoas às fazes fazem, como já colegas que vieram cair aqui, por exemplo, por um programa ocupacional, que não sabiam o que era e achavam que não iam gostar (...)” (E22)

e. “ A gente ganha muito pouco aqui. (...) Porque se a gente, se eles vêm que a gente está a fazer as nossas funções, se vê que a gente e podem dar, haviam de fazer isso.” (E23)

e. “ ‘Ó mãe tira essa roupa que cheiras a velho’ ” (E27)

Já no que se refere aos destinatários desta RS, aos olhos das entrevistadas, estes têm uma predisposição maior, em face a outros de outras valências, para uma vulnerabilidade social em termos de **solidão**. Esta condição foi várias vezes enumerada como de difícil gestão para quem desenvolve cuidados sociais em SAD. Decorrente desta vulnerabilidade social acrescida pela solidão vivenciada, são utentes percebidos como **mais necessitados**, nomeadamente a nível emocional.

e. “ (...) alguns estão sozinhos, só nos têm a nós. E a gente vê as carências deles ... ” (E14)

e. “Nós temos idosos que entramos e eles sozinhos, vamos ali e eles sozinhos...” (E24)

e. “Têm muito mais ... precisam mais de cuidados... estão muito sozinhos. Só o facto de nós chegarmos logo lá de manhã, para eles... pronto ... até nos tratam como os ‘anjos da manhã’, não é? Pronto ... enquanto que no centro de dia eles estão sempre mais acompanhados, não é? ... E aquele bocadinho connosco, para eles, dizem eles que ... pronto ... estão sempre à espera daquela horinha, por isso acho que ... ” (E10)

e. “ Eu acho que são mais necessitados (...) É assim eu falo pelos nossos, porque... os que vêm para centro de dia, a maior parte deles ainda são autónomos, e... e a maior parte daqueles que estão em apoio domiciliário, não são autónomos e precisam mesmo.” (E30)

e. “Eles aqui têm tudo. Eles lá fora, ‘tadinhos’, eles estão mais sozinhos, há aquela necessidade de ter ali alguém a falar com eles, eles ficam supercontentes quando a gente para ali um bocadinho até a dar-lhe atenção... eles às vezes até dizem: ‘Ó menina, não faça isto ou não faça aquilo e sente-se aqui um bocadinho a falar comigo...’ ” (E33)

De um modo geral, o sentimento que advém desta constatação de vulnerabilidade social/emocional prende-se com a **escassez de apoio complementar ao SAD**, algo mencionado pelas CF como um dos pontos negativos do trabalho que desenvolvem. Estas características da resposta social leva a que as CF tenham um sentimento de impotência/culpa face a situações vivenciadas, nomeadamente por sentirem não ser capazes de dar resposta, pessoal e institucionalmente, mesmo que em causa estejam tarefas não enquadradas nas funções da sua atividade laboral.

e. *“Mais difícil é ... nós saber que ... por exemplo, que a doente está mesmo, mesmo em baixo e nós não lhe conseguimos... não sabemos o que lhe havemos de fazer, não é? E nós queremos que... queremos ... renascer aquele outra vez , novamente ... e não conseguir ...”* (E6)

e. *“Mas muitas vezes só dependem de nós... só nos vêm a nós... as visitas que têm são só nossas e...”* (E17).

e. *“É assim, há sempre aquelas dificuldades, por exemplo, quando uma dificuldade que nos ultrapassa, a gente às vezes chega a um ponto, que chega aqui e tem que dizer: ‘Está-se a passar isto assim, assim...’, porque há sempre aquelas coisas que nos ultrapassam.”* (E22)

E. **“Não há mais para dar?”**

e. ... [Risos] ... *Se calhar ainda dá, mas... [risos] ... há sempre um bocadinho que se pode fazer mais, não é? Mas... às vezes...*

E. **Porque não dá esse mais?**

e. *Porque não dá mais esse mais... [risos] ... porque há coisas que a gente... deixar o idoso em casa sozinho, a gente não quer...”* (E31)

A necessidade percebida por estas profissionais de que têm de assumir vários papéis sociais que vão para além do papel de cuidadoras traduz-se frequentemente num sentimento de impotência e à percepção de que têm uma **responsabilidade acrescida** face às profissionais do serviço prestado em lar. Este sentimento deriva essencialmente do facto de os CF de SAD, por vezes, se sentirem sós nas tarefas exercidas, onde a escassez de condições diversas e o ambiente onde os cuidados são prestados em nada permite atenuar essa mesma responsabilidade.

e. *“Então a gente quando vê esses problemas assim, mais graves, temos que alertar, temos que ajudar, aquilo que a gente vê que realmente eles precisam de ajuda.”* (E2)

e. *“Nós temos o nosso trabalho diário, às vezes é um bocadinho mais ... temos doentes que quando nós começamos a tratar deles, às vezes eles não têm as condições necessárias ... às vezes não têm os materiais, nem dinheiro para os comprar e nos resolvemos isso. Ou nós colegas acabámos por levar... uma leva um creme, outra leva um desodorizante e acabamos por ... por pôr as coisas ....”* (E3)

e. *“Porque é ... nós temos ... nós no apoio ao domicílio temos que apoiar nas higiènes e muitas vezes temos que ‘puxar para cima’, temos que lhe dar ânimo, aos nossos utentes, porque ...”*



*muitos... alguns estão sozinhos, só nos têm a nós. E a gente vê as carências deles ... e por exemplo, do que eu puder ajudar eu ajudo. “ (E14)*

*e. “Nós andamos de uns sítios para os outros e é o que eu digo, nós fazemos muitas coisas... é desde medicações, banhos, a fazer camas, temos limpeza semanal de cada pessoa, de limpar a casa, nós fazemos tudo isso.” (E21)*

*e. “Ai é o domicílio. Porque cá dentro têm tudo, cá dentro têm tudo. Têm água têm se for preciso uma irmã está, está permanente, está a ajudar ... tem médicos, tem enfermeiras, tem tudo, nós lá fora, quantas e quantas casas nós chegamos e não tem ninguém?” (E23)*

*e. “Ainda agora foi o caso. Vim agora de uma senhora que estava muito atacada da bronquite, que ela sofre muito do bronquite, e o filho, teve um filho lá com ela esta noite, porque ela estava mesmo muito mal e... não consegui vir embora enquanto o filho não chegasse. Porque ele foi tomar um cafezito, e não consegui deixar a senhora sozinha enquanto o filho não chegasse á beira da senhora.” (E28)*

*e. “E temos que ser tudo, temos que ser cuidadoras, temos que ser amigas, temos que ser filhas, temos que ser... tudo... enfermeiras às vezes... Temos que ser tudo, temos que dar medicação, temos que fazer tudo. Aqui temos pessoas para tudo.” (E32)*

Esta responsabilidade acrescida, que é não raras vezes autoimposta mais do que esperada por terceiros (e.g. família e/ou dirigentes), revela um tipo de relacionamento mais próximo com os receptores de cuidados, o qual terá também repercussões nas vivências emocionais que as acompanham, como veremos de seguida.

### ***Porque a gente vive a vida deles... (E14)***

Ainda que as entrevistadas reconheçam que a própria profissão exige a criação de um distanciamento emocional face às condições com que se deparam no quotidiano, uma verbalização transversal à totalidade das entrevistas (n=34) é a de que os **clientes do SAD são utentes de um serviço, sim, mas mais do que isso:**

*e. “Mas sim, eu acho que todos os utentes que a gente tem, uns convive mais que outros, mas acho que existe sempre aquela cumplicidade entre nós e os utentes e a forma como eles sempre nos esperam que a gente está à espera deles ... se existe um dia ou outro que a gente até nem o vê em casa, fica logo preocupada, passa no café onde para, ou assim, para o procurar, mas acho que sim... fica sempre... nunca conseguimos ter ...pensar: ‘É nosso cliente!’.” (E13)*

*e. “Claro, embora é como eu digo, tem sempre que existir uma barreira, porque... porque a profissão mesmo obriga a que haja um bocado a barreira, mas acabam por ser nossos, um bocadinho. Costumo a dizer os nossos, porque são nossos.” (E22)*

*e. “Não sei, é um relacionamento, não, acho que não, não podemos dizer que nós, não podemos dizer, embora isto, nós estamos a prestar um serviço, mas eu acho que não pode ser visto como um negócio. Isto não pode ser visto como um cliente, não tem nada a ver com aquilo que eu fazia o atendimento, que aí sim, era um cliente. Não, não se pode dizer, não, eu acho que não. Tem que ser tipo ... quase hóspede.” (E29)*

Lidando com os clientes/utentes como se de família se tratasse, as CF verbalizam um envolvimento excessivo com os beneficiários de SAD, mas que enaltece as especificidades do meio/contexto onde os cuidados são prestados, as casas dos idosos, e as dinâmicas emocionais patentes na execução das atividades mais instrumentais.

e. *“Mais que família pronto, eu já vi os meus pais partirem e por isso é que estou... é que vim trabalhar porque olhei por eles até eles partirem, mas olho para eles como minha... como se fossem os meus pais.”* (E11)

e. *“E depois vemos aquelas situações, como quando não há apoio de ninguém, quando aquela pessoa está muito mais só, acabamos por nos envolver muito mais e... e levamos aquilo para casa e vivemos aquilo um bocadinho como se fossem os nossos.”* (E17)

e. *“É assim, para mim ... não sou perfeita... não... tenho os meus defeitos como toda a gente, mas considero uma virtude, porque é assim, nós vivemos a vida deles... principalmente daqueles que estão sozinhos. Que não têm o apoio da família e muitas das vezes são os que vou para casa a pensar nisso... levo muitas vezes ... conseguir separar o trabalho... da vida pessoal não é fácil...”* (E20)

e. *“...alguns até chamo avô, avó eu tenho uma utente que me chama-me de mãe... [risos] ...e tem quase 90 anos. Não sei, é um relacionamento, não, acho que não, não podemos dizer que nós, não podemos dizer, embora isto, nós estamos a prestar um serviço, mas eu acho que não pode ser visto como um negócio. Isto não pode ser visto como um cliente, não tem nada a ver com aquilo que eu fazia o atendimento, que aí sim, era um cliente. Não, não se pode dizer, não, eu acho que não.”* (E29)

e. *“Exatamente. Sim, sem dúvida. Eu costumo dizer que por vezes a gente limpa... os cocós e essas coisas todas, e às vezes a minha filha diz assim: ‘Ó mãe não sei como tu aguentas.’ E eu digo-lhe muitas vezes assim: ‘Tu também fazias e eu também te mudava, mas o meu amor por ti era tanto que nunca me cheiras-te mal, filha...’. (...) E agora é igual, a gente gosta tanto deles, mas isto do fundo do coração... (...) É tudo indiferente, não nos cheiram mal. É quase como os nossos filhos... a gente ama-os tanto que ... (...) Muda-lhe a fralda, o vomitado e isto e aquilo e é-nos indiferente... e aqui é igual. (...) Sem dúvida. São nossos”.* (E33)

O tempo acaba por não chegar para se fazer tudo e as CF acabam por viver demasiado para o trabalho, ao invés de trabalharem para viver. Este facto reflete-se numa dificuldade/ausência de desvinculação, ou seja a **barreira entre a vida profissional e pessoal é inexistente ou confusa**. Todas as entrevistadas (n=34) referiram não conseguir desprender-se das suas funções laborais mesmo em casa, e as que referiram consegui-lo acabam por evidenciar, em fases mais avançadas dos seus discursos, atividades que demonstram que tinham respondido ao que achavam ser o “politicamente correto” e não à realidade.

e. *“Eu normalmente ponho sempre mais um bocadinho o trabalho à frente, por isso acho que influencia bastante.”* (E1)

e. *“Em situações... quando tem um doente que não esteja tão bem, vou-me embora e fico preocupada... não dá para... como é que hei de dizer... distinguir um bocadinho. Porque, por vezes, quero-me abstrair um bocado porque trabalho é trabalho e a família é família, mas fica sempre ali aquela cisma...”* (E4)

e “(...) Tanto que o senhor estava em paredes e foi para Cristelo e eu muitas vezes saía da minha casa, deixava o meu, meus filhos, fazia o comer para eles, deixava os meus filhos e o meu marido e vinha aqui buscar a comida e ia a casa desse senhor (...) Vinha no meu carro (...)” (E23)

e. “Sinto-me realizada com aquilo que faço... preenchida, cheia, ocupada... como é que hei de explicar? Ah... ah... estou a trabalhar como se fosse, estou... ando preocupada, eu vou para casa preocupada, por exemplo. O que faz... interfere mesmo até com a minha vida pessoal, porque nós às vezes, costumamos dizer: ‘Não, as coisas do centro, a partir do momento que passamos esta porta, as coisas ficam dentro do centro.’, mas não é bem assim. As emoções vão connosco e as emoções nem sempre se conseguem controlar. E... e é isso que... é um dia cheio de emoções, mesmo, é um dia que eu chego ao fim do dia e sinto-me realizada porque achei que fiz qualquer coisa a mais.” (E29)

Na sequência deste envolvimento emocional, **a morte** dos beneficiários do SAD e a gestão da perda (luto) acaba por ser referida pelas CF entrevistadas como algo particularmente doloroso de ultrapassar.

e. “E eu, a sério, essa parte é o mais... é uma tristeza, mexe muito comigo. Ainda no outro dia encontrei uma senhora morta e mexeu... é assim, dormi bem à noite e não me afetou, mas meu deus, coitadinha, porquê? E eu ainda queria chamar o INEM e ela bem morta e eu queria chamar o INEM, para, para reanimá-la. E a colega: ‘Ó Luísa ela está morta.’ E eu fui ver o pulso dela, mas deu-me uma pena, mas arranjei coragem e lá consegui... e nunca pensei.” (E24)

e. “A gente não, não se habitua. Eu acho... eu estou aqui há vários anos, não vou dizer que... que o primeiro e o segundo ano foi bastante difícil de ver partir as pessoas... mas a gente não se habitua. Uma pessoa não se habitua, mas começa a criar... mais defesas e... e... a conseguir lidar de outra forma.” (E30)

e. “É complicado quando a gente ama alguém e tem que os deixar partir, não é? Tem que abrir mão e dizer... olhe ter que aceitar e continuar a viver com isso... muito complicado quando a gente ama, é muito complicado. Se a gente não sentisse nada era-nos indiferente, mas a gente ao conviver com eles todos os dias, a gente ganha-lhes muito carinho e muita estima. E é muito complicado a gente anda aí, às vezes uns dias, que ...” (E33)

Em linha com este intrincado envolvimento emocional, derivado das diversas situações/tarefas que as CF da resposta social de SAD desenvolvem, as mesmas acarretam múltiplas consequências. Ainda que as mesmas se associem maioritariamente a aspetos negativos, são reconhecidos, recorrentemente, aspetos positivos decorrentes da profissão.

Relativamente às repercussões negativas, prevalece a menção a **sintomatologia física** diversa que abarca a dor, o cansaço, o desgaste e a debilitação do estado de saúde. Para as entrevistadas trata-se de um labor desgastante a nível físico.

e. “Mas é, aqui é muito mais forçoso, claro. Quando chego às vezes ao fim do dia, ou quando acabamos de tratar um doente nem nos conseguimos endireitar das costas” (E3)

e. “É muito desgastante. Embora pareça que não, mas eu acho que nós puxamos muito e... e além de ser idosos não são crianças, são pessoas pesadas.” (E12)

e. “ (...) às vezes são pessoas pesadas, às vezes, quando chegamos ao fim de uma semana e dói, assim por vezes, que a gente pega em pessoas pesadas, às vezes quando chegamos ao fim de uma semana, e pá... dói-nos tudo... a gente puxa mesmo o físico e sente-se, mesmo.” (E24)

As atividades laborais que desenvolvem tornam-se cansativas, facto que associando-se a um desgaste físico pronunciado pela natureza das tarefas desenvolvidas “sem apoio” se traduz na referencia a dores em vários locais do corpo.

e. “ (...) Às vezes eu digo, por brincadeira ‘Ai meu Deus eu não sei se eu vou aguentar até chegar à reforma ... tenho tantas dores nos joelhos ou nos ombros’. Mas pronto, enquanto puder, não tenciono desistir.” (E3)

e. “ É assim, as maiores dificuldades que eu encontro, eu vou ser sincera, é termos ... utentes em cadeiras de rodas e por vezes são pesadinhos, quase com 100 kg e vejo-me um bocado atrapalhada, já para conseguir... É um mês cada uma de nós, eu e a minha colega... ao fim do mês estou toda... estou arrebitada...” (E7)

e. “Infelizmente, digo este trabalho é muito stressante, é muito cansativo... é muito pesado e acho que a idade da reforma, para um tipo de trabalho como o nosso não se justifica.” (E20)

A combinação deste fatores, leva a que a saúde de quem desenvolve este tipo de trabalho tenda a ficar mais debilitada, facto extensível ao **agravamento de problemas de saúde** já existentes ou aparecimento de novos problemas até então não manifestados.

e. “Porque como sabe o nosso... o nosso trabalho exige muito esforço, não é? E lido muito com peso, agora tenho vários problemas de coluna... não sei ...” (E10)

e. “Não posso dizer que foi, mas por exemplo, sou... não era ...uma pessoa muito saudável quando vim para aqui e... enervava-me facilmente, por derivadas situações, não é? E eu não sou uma pessoa explosiva... e neste momento sou hipertensa... comecei com muitas dores de cabeça, muitas dores de cabeça até que... pronto. Estou diagnosticada ‘hipertensão’. E agora derivado a andar na carrinha, apanhar chuvas constantemente, é infeções da garganta, e não sei quantas ... fiz à quê? 15 dias um exame e tenho asma. E a médica da caixa, diz que pode não ser, mas pode ser relacionado com o nível de trabalho aqui dentro. A gente anda na chuva... molhadas até ao meio dia... e depois andamos ...” (E15)

e. “Tenho os músculos atrofiados (...) Mesmo o médico de família já me disse que era o melhor que eu faria, mudar para um serviço que não fosse puxado.” (E25)

A presença **repercussões a nível de psicológica** é algo também enumerado pelas CF como negativo para quem desenvolve este tipo de atividades.

e. “Aqui é desgastante e mesmo, por exemplo, psicologicamente, também um bocado desgastante para nós. Porque temos também muitos utentes com Alzheimer... Eles estão a perguntar mais de vinte vezes a mesma coisa ... ‘Já me deu os medicamentos? ... Olhe e isto ... olhe e aquilo...’. Sempre a mesma coisa. É cansativo. Claro que não lhe falar agressivo não é? Não vou dizer assim: ‘Você ainda agora me disse isso!’. Porque é assim, ele não entende...” (E7).

e. “Psicologicamente para a funcionária, ao fim de uns anos a lidar com um que morre, vem outro morre ... acho que afeta-nos, afeta-nos... principalmente no inverno que é quando mais se perde idosos.” (E15)

e. “É assim, a gente... aqui há um desgaste, tanto físico, como emocional, não é? É bastante físico porque por vezes eles são pesados... outras vezes derivado à doença deles, coitadinhos, a gente esforça-se mais, tipo Alzheimer e assim e tudo mais e eles coitadinhos, não têm noção e por vezes exercem mais força, ou estão mais contrariados e a gente tem que, prontos, lidar com eles de forma diferente. Psicologicamente, porque a gente embora não, queira, mas acaba por se envolver, está fora de questão, quando dizem: ‘O trabalho fica aqui e eu vou para casa e lá é outra vida...’, não é. Pelo menos para mim, eu não consigo fazer essa... essa separação. Eu... se um idoso estiver doentinho, olhe que eu vou para casa e eu não consigo me abstrair daquilo...” (E33)

Relativamente às consequências mais positivas do trabalho que desenvolvem, as CF entrevistadas referem que se sentem **gratificadas** pelo tipo de atividades que desenvolvem, nomeadamente pelos benefícios que identificam no receptor de cuidados, no seu bem-estar. Esta gratificação assume um carácter por vezes particularmente valorizado nos discursos das entrevistadas por decorrer de um reconhecimento não só dos idosos, mas por parte das famílias.

e. “ (...) começamos a conhecer muita gente e a sentirmo-nos amados por muita gente e ... percebemos que fazemos falta aquelas pessoas e que não trabalhamos apenas por números ou por dinheiro, há mesmo, há um objetivo que é fazer o bem ...”. (E1)

e. “Muitas vezes ... nós às vezes tomamos conta de algum doente que eles parecem a gata borralheira e nós fazemos deles umas princesinhas, umas Cinderelas e isso dá-me um gozo imenso fazer esse trabalho.” (E3)

e. “Porque é muito gratificante o que a gente faz porque a gente acaba por fazer uma coisa... que a gente vê que realmente é uma necessidade”. (E19)

e. “Sinto-me vaidosa quando posso deixá-los lavadinhos, perfumados... e conversar e eles... e sentir que eles gostam quando nós chegamos a casa deles.” (E20)

e. “Eles até dizem às vezes que a casa é um bocadinho nossa e eu por um lado acabo por concordar com isso.” (E22)

### **Projeções futuras**

Embora se trate de uma RS com características muito específicas e que desperta bastantes sentimentos/situações menos positivos, é notória a vontade da maioria das CF entrevistadas (n=31; 91%) **continuar a desenvolver o mesmo tipo de atividades**, mantendo-se na profissão por vontade pessoal.

**E. “Mas vê-se a fazer este tipo de trabalho até não poder mais?”**

e. *Vejo, vejo. Até não aguentar. Às vezes eu digo, por brincadeira ‘Ai meu deus eu não sei se eu vou aguentar até chegar à reforma ... tenho tantas dores nos joelhos ou nos ombros’. Mas pronto, enquanto puder, não tenciono desistir.”* (E3)

e. *“(...) nem me passa pela cabeça ter que mudar de emprego (...) podiam-me dar o dobro do dinheiro que eu não trocava, mas de verdade...”* (E9)

e. *“Já andei em confecções e tudo e não trocava por nada.”* (E11)

e. *“Não sei se tenho capacidades até à reforma, mas gostaria de ter... [risos] ... Gostaria de ter...”* (E26)

e. *“Eu tinha, como já disse, um curso de informática e estava enfiada naquilo, mas depois conheci isto e... e não... já nem penso em tornar, não tem nada a ver.”* (E31)

Apenas três das entrevistadas verbalizaram ponderar uma mudança de profissão, facto relacionado com a baixa renumeração auferida, devido a questões de saúde e pelo desejo de mudar dos cuidados sociais para a esfera dos cuidados de saúde

**E. Disse-me que... que... pondera mudar de profissão, mas estamos a falar numa profissão, totalmente diferente daquilo que desenvolve agora, ou também dentro da área da gerontologia, na área dos idosos?**

e. *Sim, enfermeira ainda tem um bocadinho... [risos]”* (E13)

**E. “Alguma vez ponderou mudar de profissão?”**

e. *Já, já, muitas vezes. Principalmente em termos de remune... de ordenado.”* (E15)

**E. “Já alguma vez ponderou mudar de profissão?”**

e. *Sim.*

**E. Devido a questões de saúde?**

e. *Sim. Inclusive estou a fazer para isso (...) já são muitas cirurgias em cima ...”* (E25)

Importa salientar, todavia, que a totalidade das entrevistadas revelou gostar do tipo de trabalho que desenvolvem, para o qual apontam a existência de características fundamentais para que sejam bem-sucedidas na RS de SAD. A tabela nº7 sistematiza essas características.

e. *“É, gosto muito. E eu nunca pensei, já trabalhei em vários trabalhos e nunca pensei que ia parar neste trabalho e adoro o trabalho que faço.”* (E16)

e. *“Quanto a gostar, eu costumo dizer que gostar é pouco, eu adoro aquilo que faço (...)”* (E26)

e. *“Eu adoro quando chego aqui de manhã e eu digo, quantas vezes eu falo sozinha: ‘Eu gosto mesmo de estar aqui, eu gosto disto’”* (E27)

e. *“Sinto-me realizada com aquilo que faço... preenchida, cheia, ocupada...”* (E29)

**Tabela n.º 7-** Características apontadas como fundamentais para um CF de SAD

Alma	Coragem	Dom	Paciência
Amor	Dedicação	Empatia	Respeito
Carinho	Dinamismo	Gosto	Sensibilidade

Para as entrevistadas a característica fundamental, contudo, deve estar no gosto/amor (n=16) por desenvolver um tipo de trabalho onde se pratica o bem, sendo que este gosto/amor chega a ser designado como um “dom”, algo que já nasce com a pessoa.

e. *“Tem que se ter mesmo dom. Tem... é assim temos que gostar ... temos... a primeira coisa é... gostar de fazer os outros sentirem-se bem, isso é o mais importante. Se nós gostarmos de ver os outros a sentirem-se bem... nós conseguimos fazer este trabalho ‘com uma perna às costas’. Mas de verdade.”* (E9)

e. *“É assim, para trabalhar nisto é preciso gostar muito.”* (E11)

e. *“ (...) como é que eu hei de exprimir isso? É complicado... é... eu acho que já nasce com a pessoa.”* (E24)

Na opinião das entrevistadas, a pessoa que exerce tem de o fazer com muito carinho, amor, dedicação, alma, respeito e paciência (n=15) e ter consciência que se trabalha com seres humanos (n=5), e não máquinas, ou seja, trata-se de uma profissão que exige uma sensibilidade acrescida.

e. *“Primeiro, quem pondera vir para um trabalho destes, ou tem que gostar muito, mas mesmo muito, ou ... e fazê-lo mesmo com vontade e com sentimento, se não vale a pena o fazer. Porque se não, acho que chega ao fim do mês e já não aguenta mais ... [risos] ...”* (E13)

e. *“Este serviço acho que tem que ser exercido, com muito carinho e com muito amor, muita dedicação, não é... é como eu costumo dizer, a gente não está a lidar com... matéria-prima, não é?”* (E18)

e. *“É diferente de lidar com coisas... e é isso que eu acho que... que...que deve ser... a pessoa deve tratar as pessoas e não esquecer que são pessoas, que nós estamos ali, pode ser a fazer um trabalho que for, a dar um banho, que nós estamos a dar um banho, como por exemplo, a uma pessoa, que não estamos a... lavar uma cadeira, ou a lavar umas janelas, ou o que for... Não esquecer de tratar as pessoas, como pessoas.”* (E30)

e. *“Principalmente que o fizesse de coração. Não como profissional, mas... profissional sim, mas... sei lá... que desse também pela pessoa, não só o ter que ganhar dinheiro, o estar aqui e ser um emprego. Não sei se me estou a fazer entender.”* (E33)

É necessário que os CF tenham, para além de sensibilidade, coragem (n=5) para encarar situações que, à primeira vista, possam parecer menos agradáveis e mais nauseosas.

e. “ (...) a menina que saiu antes de eu vir para cá, ela saiu porque engravidou e porque não tinha ... estômago... não tinha coragem ... é preciso ter coragem ... é preciso porque nós levamos com muita coisa. Nós mudamos fraldas, nós damos banhos, nós cuidamos da higiene deles ... e há pessoas que não conseguem dão para fazer... não conseguem...” (E14)

e. “Deverão ter... como é que eu hei de explicar... eu acho que é uma força, porque a... eu não vejo muita gente a querer, a ter coragem de tomar conta de um idoso. De mudar uma fralda, de ter essa... à vontade, como nós temos, que já estamos habituadas, não é qualquer uma. Porque eu lembro-me que fiz uma pequena formação de geriatria e nessa formação, metade, só em ver fotografias já nem queriam... É preciso ter muita força, muita vontade e não é qualquer uma pessoa que consegue.” (E31)

A compilação de todas estas características vão ao encontro do que as CF consideram ser um imperativo presente no cuidado do outro: respeito, empatia e um cuidado pautado pelo modo como cada um gostaria de ser tratado se em circunstâncias similares.



---

## **CAPÍTULO III: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

---

Ao longo desta investigação foram objecto de análise as principais dificuldades experienciadas por um grupo de CF da RS de SAD, as principais consequências decorrentes do tipo de trabalho que desenvolvem e identificado o seu grau de satisfação geral. Focando-nos em particular na envolvimento emocional identificada no exercício da profissão, teceremos agora algumas considerações sobre os resultados obtidos.

Assim, uma primeira análise dos dados sociodemográficos permite verificar algo expectável e comum a vários estudos que incorporam cuidadores de idosos, quer sejam formais ou informais, inseridos em respostas sociais: uma amostra composta por indivíduos do sexo feminino. Para Ribeiro et al. (2008) as origens históricas e culturais do cuidar permitem esclarecer esta proeminência da figura feminina, onde as tarefas em causa tendem a estar associadas ao universo da mulher. Foi também observada uma média de idade de 45 anos e uma clara predominância de indivíduos com estado civil casado/união de fato (73%; n= 25). Estes dados encontram-se em concordância com os aqueles obtidos por Sousa (2011), no seu estudo com cuidadores formais de pessoas idosas, onde se apresenta uma média de idades de 43 anos e uma maioria (73.5%) com estado civil casado. No que concerne ao grau de instrução das entrevistadas, verifica-se que metade é detentora do 3.º ciclo de ensino básico. Tendo em conta que algumas delas obtiveram a certificação deste nível através do processo de reconhecimento, validação e certificação de competências, e que a escolaridade obrigatória atualmente é o ensino secundário (onde apenas 10% detém frequência de ensino superior) pode-se concluir que são CF que possuem, na generalidade, um baixo grau de escolarização. Este resultado está em linha com conclusões de estudos previamente realizados (e.g., Carneiro, et al., 2009; Ribeiro, et al., 2008; Sousa, 2011). Por outro lado, se se considerar que para grande parte da amostra, aquando do seu período formal de escolarização, o ensino obrigatório em muitos casos não chegava ao 3.º ciclo, pode-se concluir que a amostra tem qualificações algo elevadas. Importa referir, de acordo com o verbalizado por algumas entrevistadoras (não existindo dados sistematizados por não tratar-se de uma variável prioritária de análise), que o processo de reconhecimento, validação e certificação de competências veio permitir um aumento da sua formação já após o seu ingresso no mundo laboral, seja ele na área dos cuidados ou não. Relativamente aos anos de experiência em SAD, bem como anos de trabalho na instituição, verifica-se que os mesmos ultrapassam os 5 o que vai ao encontro dos resultados encontrados por Carneiro et al. (2009) que atestou uma média de 6.9 anos, e por Sousa (2011) que aponta para uma média de 10 anos.

Em relação aos objectivos centrais da presente dissertação, verifica-se que a RS de SAD é entendida como uma valência de apoio a idosos que se distingue claramente das outras (e.g.

CD, ERPI ou CC,) essencialmente porque permite que os cuidados sejam realizados em contextos diferenciados e fora das instalações físicas dos responsáveis pela prestação dos cuidados formais de carácter social. Tratando-se de pessoas idosas que já habitam nas suas casas há muitos anos (salvo exceções que possam estar a viver em casa de algum familiar, como seja um descendente direto), estas geralmente apresentam escassas condições de habitabilidade (nomeadamente no que se refere ao estado de conservação) e, em alguns casos, inexistência água canalizada e água quente, ou múltiplas barreiras arquitectónicas que condicionam acessibilidade e mobilidade do utente. Serão estas características contextuais, que, numa primeira instância, dão especificidade às funções dos CF da RS de SAD.

Concretamente no concelho onde este estudo foi conduzido, concelho de Paredes, não existem dados acerca das condições habitacionais dos clientes da resposta social de SAD. No entanto, a experiência profissional da autora (que sempre se centrou no concelho de Paredes) permite constatar várias lacunas, ainda que existam algumas exceções. A realidade conhecida vai ao encontro do que foram os resultados do estudo de Martin e Rito<sup>18</sup> (2011), que se realizou na freguesia de S. Nicolau (Lisboa). De uma forma geral, as habitações onde a maioria dos idosos se insere apresenta carências que, quando em simultâneo com a existência de algum grau de dependência funcional, não se tornam favoráveis a contribuir para a QdV dos idosos. Sendo a resposta de SAD considerada por um elevado número de pessoas em situação de dependência como uma forma de continuarem inseridas no seu meio habitual de vida, e podendo constituir para muitas dessas pessoas o único elo de ligação com o exterior, é certo que estas condições físicas do local onde se enquadram e onde os cuidados são realizados, adquirem uma importância elevada. Daí as principais dificuldades sentidas pelas CF entrevistadas irem ao encontro deste fenómeno, que acaba por ser característico desta RS, ou seja, evidencia-se a importância de um espaço físico onde a prestação dos cuidados ocorre de modo “diferente”, mais pessoalizado, e onde não é difícil que elas sintam estar a entrar, literalmente, nas suas vidas, que “vivam a vida deles” os seus espaços.

As principais dificuldades sentidas pelas cuidadoras formais entrevistadas, além de se centrarem nas diversas características relativas ao espaço onde os cuidados são prestados, evidenciam a importância atribuída às condições climatéricas, aos possíveis conflitos interpessoais, à escassez de tempo e à baixa valorização associada à profissão. Em relação à primeira, tendo em conta que se trata de uma RS onde os CF andam na rua, as condições

---

<sup>18</sup> Constatou-se que a habitação dos idosos que foram parte da amostra em estudo, continha pisos e degraus sem condições mínimas de segurança (76.9%), escadas sem corrimão de ambos os lados (100%), banheiras e sanitas sem barras de apoio (92.3%), obstáculos que dificultavam a deslocação (61.5%), estado avançado de degradação habitacional e inúmeras patologias em paredes, tetos e pavimentos (Martin, et al., 2012)

meteorológicas assumem-se determinantes podendo mesmo contribuir para consequências negativas, como o surgimento e/ou agravamento de doenças, e a exposição a perigos decorrentes de “andarem na estrada” (sic) constantemente. As CF da RS de SAD não têm forma de contornar o tempo meteorológico e, muito menos, deixar de trabalhar devido ao mesmo. Porém, esta vivência num espaço exterior ainda que crie vulnerabilidades ao exercício da profissão, constitui uma particularidade que é encarada também como um fator promotor de aspetos positivos (e.g. permite “respirar ar puro” (sic) e que as funções não se tornem um trabalho tão monótono). Já no que concerne à escassez de tempo, aspeto referenciado por 29% nas entrevistadas (n=10), este tem vindo a ser mencionado noutros estudos que evidenciam as dificuldades de executar funções de cuidado de um modo entendido como o mais adequado em termos do tempo dedicado a cada utente (e.g. Batista, 2012). A experiência da autora com a RS do SAD a este propósito permite aferir que os atores responsáveis dos cuidados (i.e., direção técnica) tendem a centrar a sua preocupação na questão monetária levando a que ambição pela captação de clientes não permita que se concentrem na qualidade dos cuidados prestados, nem tão pouco na gestão de tempo que estes profissionais têm que fazer. É certo que as instituições têm que ser autossustentáveis e necessitam de clientes para conseguirem sobreviver, no entanto, considera-se que deve existir um equilíbrio entre o tempo e o número de domicílios programados. Seria importante que as direções técnicas, para além de definirem um tempo médio para cada cliente, juntassem a esse mesmo tempo, um período 5/10 minutos capazes de promover o diálogo e socialização, dado que se verificou que é algo que, na óptica das CF entrevistadas, os clientes desejam e consideram muito importante na apreciação de fazem do serviço. Estes resultados, de um modo geral, vão ao encontro do estudo levado a cabo por Batista (2012) centrado na realidade dos CF de SAD e que destacou como estando na base das dificuldades para a realização dos cuidados duas circunstâncias: as condições habitacionais dos clientes da resposta social, pois acabam por intervir na forma como as tarefas são executadas, e a escassez de tempo para os CF socializarem com os clientes

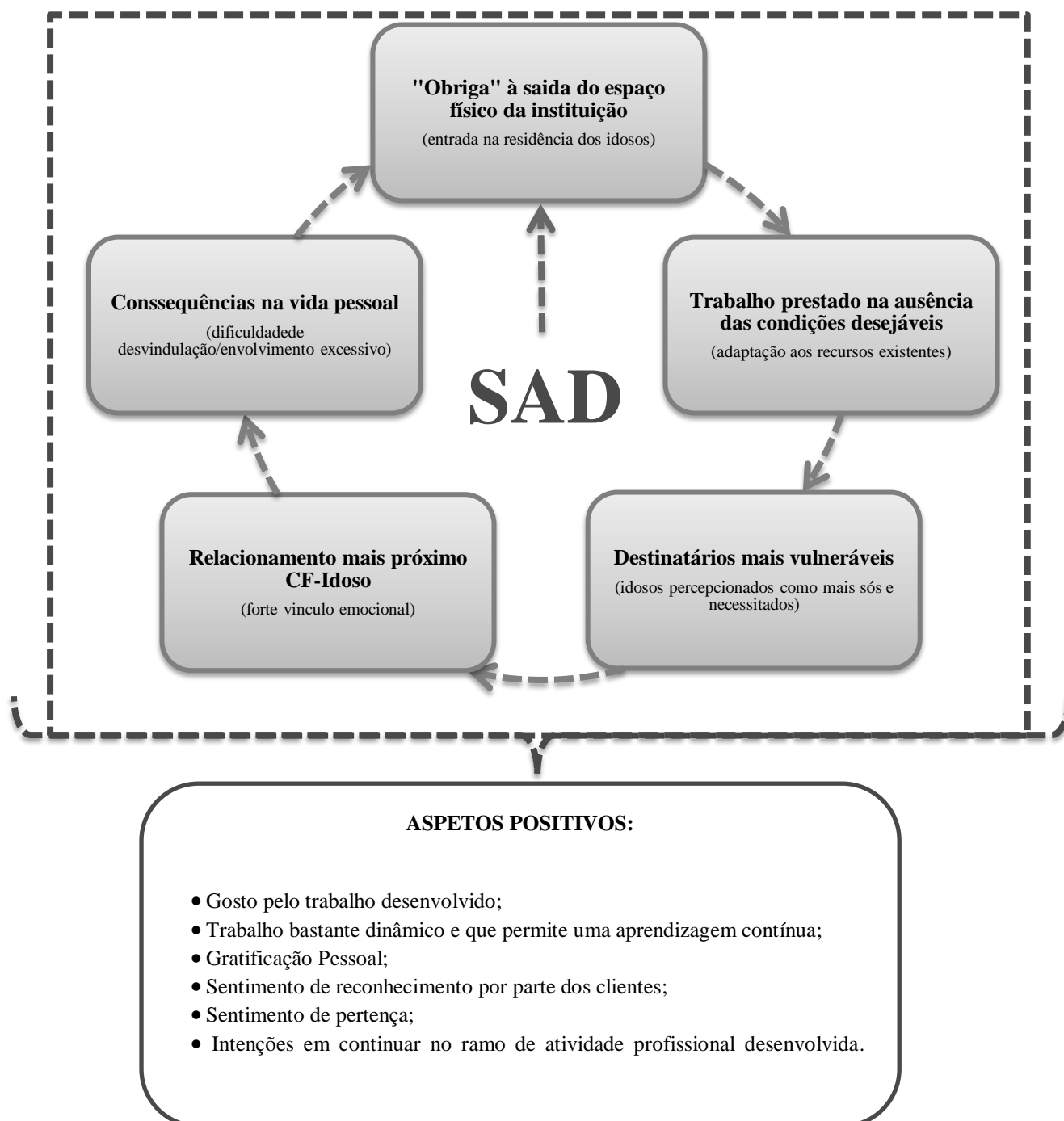
No que concerne à baixa valorização social da profissão, para além da questão monetária e da baixa preocupação, percepcionada pelas CF, por parte das chefias no estudo levado a cabo, e das consequências negativas da profissão, outros estudos associam a baixa valorização ao (i) tipo de trabalho que se desenvolve, frequentemente apelidado de “trabalho sujo” (Stacey 2004); (ii) à imagem pública, pouco atrativa da profissão (Stone 2004), e (iii) ao desconhecimento acerca da desta profissão da esfera dos cuidados sociais (Berguer e Mailloux-Poirier, 1995).

Intrinsecamente associada às especificidades da RS de SAD e às dificuldades descritas, nomeadamente o tempo a dedicar a cada utente, parece estar a imagem apresentada pelas CF entrevistadas de que os destinatários dos cuidados de SAD são “mais necessitados” (sic) que os utentes de outras RS. Embora não se tenham encontrado estudos nacionais que abordem uma tal diferenciação de modo claro, acredita-se que esta imagem seja desencadeada pela percepção que as CF têm da presença de um apoio social reduzido nos domicílios que visitam, facto que coloca as evidência outras necessidades observadas em termos das condições habitacionais. Na verdade, se se comparar um beneficiário de ERPI com um beneficiário de SAD, as necessidades de ambos tendem a assemelhar-se (e.g. apoio para satisfação das suas necessidades básicas, auxílio para a toma da medicação), o que difere é o apoio social, que num caso tende a ser de 24h e no outro tende a ser menos de 1h/dia. No primeiro caso, como existe um acompanhamento permanente, no período que uma determinada CF não está a trabalhar, existe outra a fazer o mesmo trabalho, ao invés do que acontece em SAD, que ou está lá um alguém (seja um CI e/ou familiares e/ou vizinhos) ou o idoso está, muitas das vezes, sozinho. No caso da higiene pessoal, por exemplo, um idoso utente de ERPI, normalmente apresentar-se-á mais “limpo” quando a CF retoma a sua atividade laboral, ao invés do idoso utente de SAD, o qual fica com a mesma fralda a noite toda. Julga-se que as CF de SAD estão tão “centradas” nas suas convicções, que acabam por não conseguir perceber esta diferença, enfatizando a vulnerabilidade do idoso e suas necessidades acrescidas. Em complementaridade, o fato de considerarem os idosos mais vulneráveis do ponto de vista sócio emocional reforça o sentido de gratificação obtido, pois o trabalho desenvolvido é mais notório e notado e, por inerência, marcado por um maior envolvimento emocional. Também em relação ao facto dos beneficiários do SAD serem mais propensos a apresentar problemas sociais diversos, a realidade profissional da autora deste estudo leva a considerar que tal se pode relacionar com a efetiva escassez de apoio extra SAD, pois infelizmente encara-se esta RS como uma substituição aos cuidados informais, quando a mesma deveria de ser encarada como um complemento. Caso se verificasse uma realidade idêntica à da Suíça, como conclui Franca et al. (2008), em que os cuidados formais e informais se complementam, talvez a imagem de se tratar de idosos “mais necessitados” estivesse atenuada. A realidade é que no concelho de Paredes, embora não existam dados estatísticos sistematizados acerca dos problemas sociais dos idosos e mais especificamente acerca da solidão (aspeto mais recorrentemente abordado nas entrevistas), estima-se que este constitua um problema social importante associado ao envelhecimento daquela área geográfica, à semelhança do que ocorre a nível nacional.

Tendo em conta as particularidades da RS de SAD, e em específico as características dos beneficiários aos olhos das CF que foram parte integrante da amostra, é compreensível que estas profissionais sintam a necessidade de se “vincularem” aos idosos, no sentido de colmatar algumas lacunas de foro relacional e emocional. Possíveis explicações, e mais uma vez baseadas na experiência profissional da autora, podem relacionar-se com o fenómeno de “transferência”, ou seja, as CF preveem ou têm medo que certas situações possam ocorrer a elas mesmas, ou a parentes próximos. Nesta óptica, o envolvimento poderá advir do gosto por praticar o bem, ou da necessidade de fazer o melhor possível para que a realidade percepcionada não seja tão frequente/ prejudicial e não as obrigue a vivê-las tão intensamente. Poderá ser uma forma que encontraram para minimizar esse medo, o que em algumas entrevistas foi notório.

Como se pode verificar, ao longo dos resultados analisados existe um encadeamento de circunstâncias e percepções da especificidade da RS de SAD que sugere a presença de um sistema que é sucessivamente influenciado, como se pode observar na figura nº8.

**Figura n.º 8** – Relação existente entre dados recolhidos (dimensões, categorias e subcategorias)



Os vários aspetos relativos à especificidade da RS de SAD, quer sejam oriundos de uma apreciação mais positiva, quer sejam oriundos de uma apreciação mais negativa contribuem para a existência de consequências para a vida pessoal dos CF. Sem dúvida que a consequência com maior impacto ( $n=34$ ; 100%) se relaciona na dificuldade de desvinculação do trabalho do ponto de vista emocional, o que vai desencadear outras consequências como a escassez de vida social, o colocar o trabalho “à frente da vida pessoal”, ou seja, repercussões psicológicas e sociais. As consequências físicas, por sua vez, derivam essencialmente da escassez de ajudas técnicas e recursos humanos que fazem com que os esforços sejam elevados e sejam elas as principais lesadas. Parece ser generalizado que o cuidador só recebe apoio quando por si solicitado e, na grande maioria das vezes, só quando se encontra numa situação de desespero (Saraiva, 2011). Tal fato, quer se trate de sintomatologia física, quer se trate de sintomatologia psicológica, assume um efeito bastante negativo para as profissionais dos CF que se impõe ser objeto de maior reflexão por parte das direções técnicas. A realidade estudada permite concluir que as CF são a cara da instituição onde estão inseridas, pois é a estas a quem cabe a responsabilidade de, diariamente, ir a casa dos idosos e contribuir para o seu bem-estar. Elementos inseridos em cargos de chefia, embora mantenham um contacto com os clientes, tendem a fazê-lo de modo esporádico. Assim, as CF para além de se “assumirem” como a cara do serviço/instituição são em inúmeros casos o elo de ligação primordial entre os clientes e as direções técnicas. O cargo ocupado por estes profissionais do cuidado social, para além dos cuidados propriamente ditos, obriga a um conjunto de tarefas que intensificam a sua importância. Tendo em conta a importância que estes profissionais adquirem, torna-se imprescindível que mantenham um equilíbrio saudável no que concerne aos vários fatores externos que interferem no seu bem-estar. Aqui, o papel das direções técnicas na promoção de medidas de apoio às cuidadoras vislumbra-se fundamental.

Importa referir que ainda que sejam notórias algumas consequências menos positivas aliadas à profissão, esta parece estar alicerçada numa experiência percebida como maioritariamente positiva e altamente gratificante: mais de 90% ( $n=31$ ) das entrevistadas refere não tencionar deixar a profissão, ansiando, inclusive, realiza-la até à idade da reforma caso a saúde e condição física assim o permita. Esta é uma conclusão também comum a outros estudos onde as CF foram parte integrante da amostra (e.g. Castanheira, 2013; Ferreira, 2012; Rodrigues, 2014), e que serve de reflexão quanto ao que está na base da satisfação destes profissionais com seu trabalho, nomeadamente se ela deriva do ato de atividade de cuidar inscrito numa genuína orientação para o outro, ou de ter conseguido o trabalho. Porém, a gratificação pessoal sentida, e verbalizada por 53%, das entrevistadas parece advir em



grande escala da importância que lhes é dada pelos clientes e o sentimento que lhes transmitem que “são como uma família”. Parece que estas CF se “encontraram” na profissão que desenvolvem e isso ultrapassa qualquer consequência menos positiva. Para estas mulheres, o peso das consequências positivas parece ser superior às consequências negativas, mesmo que quando feita uma análise aos aspetos positivos e negativos verbalizados os negativos tendam a ser superiores (em número), tal como se pode verificar na figura n.º 10. Importa salientar que 76% da amostra estudada se sente muito satisfeita no que concerne ao trabalho desenvolvido, o que permite concluir que, efetivamente, o peso atribuído aos aspectos negativos da profissão não é elevado.

**Figura n.º 9** – Aspetos positivos e negativos da profissão de CF, de acordo com a amostra estudada

Aspetos Positivos (+)	Aspetos Negativos (-)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gosto pelas atividades laborais que desenvolvem (n=34);</li> <li>• Satisfação / gratificação pessoal (n=18);</li> <li>• Sentimento de pertença/reconhecimento (n=18);</li> <li>• Trabalho mais dinâmico (n=13);</li> <li>• Aprendizagem contínua (n=11).</li> </ul>	<p><u>AO NÍVEL DOS CLIENTES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condição social indesejável (n=20);</li> <li>• Escassez/ ausência de apoio informal (n=16);</li> </ul> <p><u>AO NÍVEL DOS CUIDADOS SOCIAIS/PROFISSÃO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente menos protegido e mais exposto (n=10);</li> <li>• Baixa valorização (n=6).</li> <li>• Condições climatéricas (n=4);</li> <li>• Ausência de conhecimento (n=4).</li> </ul> <p><u>RELAÇÕES INTERPESSOAIS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CF – Clientes (n=14)</li> <li>• CF – Outros (n=10)</li> </ul>

Tendo em conta o título da presente dissertação “Cuidadores Formais em Serviço de Apoio Domiciliário: vivências emocionais fora de um espaço institucional”, acredita-se que as vivências dos CF de SAD diferem, pelo menos em intensidade, de outros CF de outras respostas sociais fruto das características específicas da valência. Verifica-se que as emoções mais relevantes associam-se a uma multiplicidade de circunstâncias (i) à alegria decorrente das funções (por desenvolverem um trabalho que gostam), (ii) à gratificação obtida (por considerarem estar a praticar o bem e a ajudar uma pessoa necessitada), (ii) ao brio

profissional (marcada por uma preocupação não só pela pessoa cuidada, mas em realizar um bom serviço), (iii) à impotência (por não conseguirem satisfazer a necessidade dos clientes, apesar do esforço aplicado), (iv) à sobrecarga (devido às exigências de assumir diversos papéis sociais – cuidadoras, amigas e “família” dos idosos receptores de cuidados, todos exigentes do ponto de vista emocional e de difícil desvinculação), (v) às consequências para a saúde física (fruto da escassez de recursos físicos e ajudas técnicas).

Embora a resposta social de SAD tenha tido um crescimento acentuado nos últimos anos (Carta Social, 2014) a realidade conhecida e documentada sobre este grupo profissional é escassa e igualmente alvo de poucos estudos no contexto nacional. Ainda que a investigação levada a cabo no âmbito desta dissertação permita aumentar o conhecimento dos profissionais CF de SAD, não permite um conhecimento aprofundado do universo dos CF desta RS na área geográfica considerada. Vários aspetos relacionados com a amostra poderão indiciar algumas limitações da investigação. Um primeiro prende-se com o número de participantes que se revelou reduzido face ao universo dos CF inicialmente estimado. O protocolo de avaliação utilizado poderá ser encarado, também, como uma limitação, devido à não familiaridade da investigadora com a metodologia utilizada, nomeadamente a escassa experiência na condução das entrevistas. A inexistência de dados estatísticos relevantes para o estudo (e.g. número de idosos a viver sós no concelho de Paredes, condições habitacionais do beneficiários de apoio em estudo), nomeadamente de um Diagnóstico Gerontológico<sup>19</sup> capaz de prover informação importante sobre as pessoas mais velhas do Concelho foi outra das limitações, já que os mesmos teriam permitido enriquecer a interpretação dos dados obtidos. Finalmente, outra limitação prende-se com a escassez de literatura existente e publicada em Portugal especificamente no que concerne aos CF inseridos em SAD. Em relação a este ponto em particular, pensando em todos os intervenientes, diretos e indiretos, da RS de SAD (e.g. entidade responsável, CF e idosos), a procura de conhecimento mais abrangente neste campo é algo que traria um contributo enorme no sentido de se reconhecer estes profissionais como pessoas cruciais na esfera dos cuidados a idosos. Deixa-se o desafio de dar continuidade ao estudo desta realidade no âmbito da Gerontologia Social, seja a possíveis investigadores do concelho de Paredes, ou mesmo à autarquia, a qual se desafia a promover, desde logo, uma aposta no conhecimento sistematizado dos seus idosos e cuidadores.

---

<sup>19</sup> Veja-se, a título de exemplo os Planos Gerontológicos dos Municípios de Matosinhos, Santa Maria da Feira e Lisboa.

---

## CONCLUSÃO

---

O envelhecimento é um fenómeno populacional e verifica-se em toda a UE, sendo que em Portugal esse fenómeno é bem visível dado que é o país que ocupa a 5.<sup>a</sup> posição de taxa de envelhecimento. A prevalência de doenças/dependências leva a que seja cada vez mais necessária a prestação de cuidados à população idosa. Porém, fruto das transformações no seio familiar e em matéria laboral, os cuidados às pessoas mais velhas são cada vez mais transferidos da esfera familiar para a esfera formal, sendo assegurados por cuidadores formais. O desejo dos idosos em permanecer nas suas casas, leva a uma valoração da resposta social de SAD e tal verifica-se pela taxa de crescimento e ocupação da mesma. Importa salientar, todavia, que esta resposta social, se deverá assumir como um complemento aos cuidados informais e não como substituto dos mesmos.

O presente estudo permite concluir que parece existir uma certa unanimidade no que concerne às características sociodemográficas dos CF de idosos em geral, onde os de SAD são parte integrante. Conclui-se, igualmente, que o tipo de trabalho desenvolvido pelos CF em resposta social tem uma interferência direta na vida pessoal dos profissionais. Existe uma grande dificuldade em se encarar os clientes como tal, o que leva um envolvimento emocional elevado e por consequência uma dificuldade em se criar uma barreira entre o que é a vida pessoal e profissional. As consequências, quer positivas, quer negativas, espoletam nos CF uma multiplicidade de emoções, que assumem, tal como as consequências, conotações positivas ou negativas. No entanto, é notória uma satisfação e gratificação pelo tipo de trabalho que desenvolvem e um desejo em continuar a desenvolver atividades na esfera dos cuidados sociais e formais.

A realização deste trabalho permitiu um crescimento pessoal e profissional de tal ordem, que a vontade de continuar a investigar este grupo de profissionais não terminou. Sem dúvida que se tornou um trabalho enriquecedor que, à parte de todos os constrangimentos que foram surgindo, permitiu chegar ao final com a sensação de dever cumprido, ainda que se desejasse que a amostra atingisse um número superior. Não tendo sido possível, espera-se que outras investigações possam dar a conhecer mais resultados e outras realidades nacionais.

---

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

## 1. Bibliografia Principal

- Alves, J. (2014). Visibilizando Quem Cuida, suas Experiências e Percursos de Vida. *Revista de Estudos Feministas*, 22 (2), 687-702.
- Antón, M. (coord.) (2016). *Curso Online Para Cuidadores De Pessoas Com Dependência – 2.ª Edição*. Madrid: Grupo IMC.
- Azevedo, L., Loureiro, C., Pereira, J. & Cunha, M. (2010). Vulnerabilidade ao Stress, Desordens Emocionais, Qualidade de Vida e Bem-Estar em Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. Apresentação de um estudo exploratório. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, 1534-1546. Braga: Universidade do Minho.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de Idosos com Demência em Instituições: Competências, Dificuldades e Necessidades Percecionadas pelos Cuidadores Formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12, 119- 129.
- Bardin, L. (1977). *Análise De Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Batista, N. (2012). *Dificuldades do Cuidador Formal de Pessoas Idosas Dependentes no Domicílio*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Belina, N., Silva, R., Cruz, V., Roriz, J., Pais & Silva, M. (2010). Prevalence and Pattern of Cognitive Impairment in Rural and Urban Populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*, 11, 10-42.
- Bento, A. (2012). Investigação Quantitativa e Qualitativa: Dicotomia ou Complementaridade? *Revista JA (Associação Académica da Universidade da Madeira)*, 64 (VII), 40-43.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas - Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Beringuilho, F. (2013). *Quem Cuida dos Idosos? Formação e Qualidade de Vida de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Bragança: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brêtas, A. (2003). Cuidadores de Idosos e o Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem Brasília*, 56 (3), 298-301.
- Brito, L. (2002). *A saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cadete, M. (1993). Envelhecer, Renascer. *Do Serviço Social*, 2, 40-43.

- Câmara Municipal de Paredes (2016). Caracterização Sociodemográfica do Concelho. Acedido em 2016, Novembro, 26, em <http://www.cm-paredes.pt/VSD/Paredes/vPT/Publica/>
- Campos, C. (2004). Método de Análise de Conteúdo: Ferramenta para a Análise de Dados Qualitativos no Campo da Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (5), 611-614.
- Cardoso, M. (2000). *O Cuidar em Gerontologia – Uma Análise Etnográfica da Prática dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
- Carneiro, G., Pires, O., Filho, D., & Guimarães, A. (2009). Perfil dos Cuidadores de Idosos de Instituições de Longa Permanência e a Prevalência de Sintomatologia Dolorosa. *ConScientiae Saúde*, 8(1), 75-82.
- Carta Social (2014). *Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2014*. Acedido em 2016, Julho, 14, em <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2014.pdf>.
- Carta Social (2016). *Resposta Social de SAD. Equipamento Existentes no Concelho de Paredes*. Acedido em 2016, Novembro, 26, em [http://www.cartasocial.pt/resultados\\_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod\\_distrito=13&cod\\_concelho=10&cod\\_freguesia=0&cod\\_area=21&cod\\_valencia=2101&nome=&lopostal=&temCert=false](http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=13&cod_concelho=10&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2101&nome=&lopostal=&temCert=false)
- Carvalho, M. (2009). Entre Os Cuidados E Os Cuidadores: O Feminino Na Configuração Da Política De Cuidados Às Pessoas Idosas. *Campus Social – Revista Lusófona de Ciências Sociais*, 3/4, 269-280.
- Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Castanheira, C. (2013). *Auxiliar de Ação Direta: Um Estudo Sobre Traços De Personalidade, Valores e Satisfação Profissional*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Castro-Caldas, A. & Mendonça, A. (2005). *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida – da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados Dde Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de Idosos Institucionalizados: Características e Dificuldades dos Cuidadores, *Revista Electrónica de Enfermagem*, 13 (2), 306-312.
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de Pessoas com Doença Mental. Das Famílias para a Instituição, da Instituição para a Família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Daniel, F., Monteiro, R. & Ferreira, J. (2016). Cartografia Da Oferta Pública E Privada De Serviços Dirigidos À População Idosa Em Portugal. *Serviço Social e Sociedade*, 126, 235-261.

- Direção Geral de Ação Social (DGAS) (1996). *Serviço de Apoio Domiciliário*. Lisboa: Nova Oficina Gráfica.
- Direcção-Geral da Saúde (2016). *Portugal Saúde Mental Em Números – 2015. Programa Nacional Para A Saúde Mental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- Duro, S. (2013). *Cuidar da Família ao Longo da Vida*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Finch, J. (1989). *Family Obligation And Social Change*. Cambridge: Polity Press
- Flick, U. (2002). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor – Projetos e Edições, Lda.
- Ferreira, B. & Azevedo, S. (2011). *Pertinência Profissional e Código Deontológico do Técnico Superior de Educação Social*. Acedido em 2017, Fevereiro, 28, em [http://www.uportu.pt/siaa/Cursos/Codigo\\_Deontologico.pdf](http://www.uportu.pt/siaa/Cursos/Codigo_Deontologico.pdf).
- Ferreira, M. (2009). Cuidar no Domicílio: Avaliação da Sobrecarga da Família/ Cuidador Principal no Suporte Paliativo do Doente Oncológico. *Cadernos de Saúde*, 2, (1), 67-88.
- Ferreira, M. (2012). *Ser Cuidador: Um Estudo Sobre a Satisfação do Cuidador Formal de Idosos*. Dissertação de Mestrado em Educação Social. Bragança: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança..
- Fontaine, R. (2000). *A Psicopatologia do Envelhecimento. Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Franca, A., Edith, G. & Chisrian, J. (2008). The Interface Between Formal and Informal Support in Advanced Old Age: a Ten-Year Study. *International Journal of Ageing and Later Life*, 3 (1), 5-19.
- Freitas, M. & Scheicher, M. (2010). Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13 (3), 395-401.
- Freitas, J. (2011). *Centros Sociais Paroquiais. Redes de Comunicação e Cooperação para a “Terceira Idade”: Contexto Institucional e Social*. Tese de doutoramento em Ciências Sociais. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Gil, A. (2009). Serviços de Apoio Domiciliário – Ofertas e Custos no Mercado Privado. *Revista Pretextos*, 35, 3-4.
- Guedes, J. (2014). Cuidados Formais a Idosos – Desafios Inerentes à sua Prestação. In A. M. Fonseca (Coord.). *Envelhecimento Saúde E Doença. Novos Desafios Para a Prestação De Cuidados a Idosos* (pp. 183-217). Lisboa: Editora Coisas de Ler.
- INE (2015). Envelhecimento da População Residente em Portugal e na União Europeia. Acedido em Dezembro, 14, 2016 em



[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdestboui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestboui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)

- Lalanda, P. (1998). Sobre a Pesquisa Qualitativa na Pesquisa Sociológica. *Análise Social*, 148, 871 - 883.
- Lourenço, M. (2013). *Estudo Sobre os Apoios Prestados pelas Respostas Sociais aos Idosos com Doença de Alzheimer e outras Demências no Concelho de Bragança*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Porto: Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Lopes, G. (2005). *Psicologia da Pessoa e Elucidação Psicopatológica*. Porto: Higiomed Edições.
- Lopes, L. (2007). Necessidades e Estratégias na Dependência: Uma Visão da Família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), 39-46.
- Martín, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. In C. Paúl. & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 179-201). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martin, I., Santinha, G., Rito, S., Almeida, R. (2012). Habitação para Pessoas Idosas: Problemas e Desafios em Contexto Português. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto Número temático: Envelhecimento Demográfico*, 177-203
- Mennis, G. e White, J. (2001). A Phenomenological Exploration of Loneliness in the Older Adult. *Archives of Psychiatric Nursing*. XV (3), 128-139.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1999). *Decreto-lei n.º 419/99 de 15 de Outubro*. Acedido em Agosto, 10, 2016 em <https://dre.pt/application/file/a/667238>.
- Ministério da Solidariedade, do Emprego e da Segurança Social (2015). *Boletim do Emprego e do Trabalho*. Acedido em Agosto, 10, 2016 em [http://www.mutualismo.pt/portal/documents/destaques/anexos/cct\\_cnis/Bte31\\_2015\\_CT.PDF](http://www.mutualismo.pt/portal/documents/destaques/anexos/cct_cnis/Bte31_2015_CT.PDF)
- Ministério da Solidariedade e Segurança Social (2013). *Portaria n.º 38/2013, de 30 de Janeiro*. Acedido em Dezembro, 22, 2015 em [http://www.seg-social.pt/documents/10152/1197978/Port\\_38\\_2013](http://www.seg-social.pt/documents/10152/1197978/Port_38_2013).
- Monteiro, B., Queirós, C. & Marques, A. (2014). Empatia e *Engagement* como Preditores de Bournout em Cuidadores Formais de Idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (1), 2-12
- Nações Unidas (2015). *World Population Prospects. Key Finding & Advance Tables*. Acedido em Março, 03, 2017 em [https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key\\_findings\\_wpp\\_2015.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf)
- Oliveira, M., Queirós, C. & Guerra, M. (2007), O Conceito de Cuidador analisado numa Perspectiva Autopoiética: do Caos à Autopoiése. *Psicologia, Saúde & Doenças* 8 (2), 181-196.

- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. Lisboa: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Demencia: una prioridad de Salud Publica*. Washington: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Resumo. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Acedido em Novembro, 08, 2016 em <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2017). *Demencia: una Prioridad de Salud Publica*. Acedido em Fevereiro, 28, 2017 em [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/infographic\\_dementia\\_for\\_printing\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/infographic_dementia_for_printing_es.pdf?ua=1)
- Paúl, M. (1997). *Lá Para o Fim da Vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C. (2014). Envelhecimento e Prestação de Cuidados: Diferentes Necessidades, Diferentes Desafios. In A. M. Fonseca (Coord.). *Envelhecimento Saúde e Doença. Novos Desafios Para a Prestação de Cuidados a Idosos* (pp. 353-367). Lisboa: Editora Coisas de Ler.
- Paulos, C. (2010). *Gestão de Instituições para Idosos – Qualidade, Humanidade e Eficiência em Cuidados Geriátricos*. Lisboa: Quadritópico, Lda.
- Pereira, R. (2014). *A Relação Entre a Formação e os Níveis de Stress, Ansiedade e Depressão em Cuidadores Formais de Centros Sociais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- Perlini, N., Leite, M & Furini, A. (2007). Em Busca de uma Instituição para a Pessoa Idosa Morar: Motivos Apontados pelos Familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 229-236.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contexto e Trajetórias*. Coimbra: Quarteto.
- PORDATA (2015). *Indicadores De Envelhecimento*. Acedido em Julho, 16, 2016 em <http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Gr%C3%A1fico>.
- Quivy, R. & Campenhoud, L. (1988). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar O Desafio – Prevenção de Stress no Trabalho*. Lisboa: RH Editora.
- Ribeiro, C. (2012). *Auxiliares de Ação Educativa nas IPSS, Competências e Desempenho*. Trabalho de projeto para mestrado em Ciências da Educação. Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti.

- Ribeiro, M., Ferreira, C., Ferreira, F., Magalhães, S., & Moreira, N. (2008). Perfil dos Cuidadores de Idosos nas Instituições de Longa Permanência de Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (4), 1285-1292.
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A. & Ferreira E. (2009). Processo de Cuidar nas Instituições de Longa Permanência: Visão dos Cuidadores Formais de Idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 870-875.
- Ribeiro, O. (2008). *O Idoso Prestador Informal de Cuidados: Estudo Sobre a Experiência Masculina do Cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Ribeiro, M., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A. & Ferreira, A. (2009). Processo de Cuidar nas Instituições de Longa Permanência: Visão dos Cuidadores Formais de Idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (6), 870-875.
- Ribeiro, O. (2010). Masculinidade, Saúde e Envelhecimento. Reflexões Sociais numa Perspectiva de Género. In M. N. Strey, C. Nogueira e M. R. Azambuja (Orgs.). *Gênero e Saúde: Diálogos Ibero-Brasileiros* (pp.303-324). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Rocha, P. (2010). *Qualidade de Vida em Pessoas Idosas: O Centro Social Paroquial São Pedro Maceda*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
- Rodrigues, C. (2014). *Perfil dos Cuidadores Formais de Idosos e Motivos para a Função: um Estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo da Gestão de Empresas. Viana do Castelo: Associação dos Politécnicos do Norte de Portugal
- Rodrigues, J. (2015). *Qualidade de Vida, Sobrecarga, Burnout e Estratégias de Confronto em Cuidadores Formais de Pessoas com Experiência de Doença Mental que Vivem em Residências Comunitárias*. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Sacareno, C. & Naldini, M. (2003). *Sociologia Da Família. 2.<sup>a</sup> Edição Atualizada*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Saldanha, A. & Caldas, C. (Orgs.) (2004). *Saúde do Idoso – A Arte de Cuidar*. Rio de Janeiro: Editora Interciência.
- Santana, I., Farinha F., Freitas, S., Rodrigues, V. & Carvalho, A. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 28 (2), 182-188
- Saraiva, D. (2011). *O Olhar dos e pelos Cuidadores: Os Impactos de Cuidar e Importância do Apoio ao Cuidador*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Porto: Quarteto.
- Simões, M. (2012). *Capacidade para o Trabalho em Cuidadores Formais de Idosos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia na Especialidade de Clínica e Saúde. Aveiro: Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro.
- Sociedade Espanhola de Geriatria y Gerontologia (2013). *Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores Dependientes*. Madrid: International Marketing Communication, S.A.
- Sotto Mayor, M., Varandas, I., Ribeiro, O. & Leushner, A. (2005). Intervenção Domiciliária Em Psicogeriatria. *Revista de Psiquiatria Conciliar e de Ligação*, 10(2), 50-55.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família* (2.<sup>a</sup> edição). Lisboa: Ambar.
- Sousa, M. (2011). *Formação Para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*. Cascais: Principia.
- Stone, R. (2004). Direct Care Worker: The Third Rail of Home Care Policy. *Annual Review of Public Health*, 25, 521-537.
- Vicente, C. & Oliveira, R. (2011). *A Prevalência da Síndrome de Burnout no Contexto de Assistência à Terceira Idade e Doentes Crónicos*. Em: II Congresso Internacional Interfaces da Psicologia - Livro de Atas. Universidade de Évora, 14 e 15 de Novembro de 2011, Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Évora. 203- 214.
- Wimo, A., Winblad, B., Aguero-Torres, H. & Von Strauss, E. (2003). The Magnitude of Dementia Occurrence in The World. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 7, 63-67.
- Zarit, S., Zarit, M. (1983) - *The Memory and Behaviour Problems Checklist and The Burden Interview* - Technical Report. USA: Pennsylvania State University.
- Zimmerman, S., Williams, C., Reed, P., Boustani, M., Preisser, J., Heck, E., & Sloane, P. (2005). Attitudes, Stress and Satisfaction of Staff Who Care for Residents with Dementia. *The Gerontologist*, 45, 96-105.

## 2. Bibliografia Complementar

- Almeida, J. (2007). Velhos e Novos Aspetos da Epistemologia das Ciências Sociais. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 55, 11-24.
- Associação Nacional de Gerontólogos (2016). *4 Sénior Mais Atividade Mais Vida*, Jan, 24-25.
- Associação Promotora da Educação Social (2016). *4 Sénior Mais Atividade Mais Vida*, Jul., 23-25.
- Associação Nacional de Gerontólogos (2017). *4 Sénior Mais Atividade Mais Vida*, Jan, 20-23.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D. Marques, A. & Sousa, L. (2011). Cuidar de Idosos com Demência em Instituições: Competências, Dificuldades e Necessidades Percecionadas pelos Cuidadores Formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (1), 119-129.
- Instituto da Segurança Social (2010). *Queremos Falar-lhe dos Direitos das Pessoas Idosas – O que é Preciso Saber para Escolher uma Resposta Social*. Lisboa: Departamento de Desenvolvimento Social do Instituto da Segurança Social.
- Instituto da Segurança Social (2015). *Guia Prático: Apoios Sociais - População Idosa*. Acedido em Junho, 02, 2016 em [http://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios\\_sociais\\_idosos](http://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos).
- Meriezes, L. (2007). *Orientações aos Cuidadores de Pacientes Acamados*. Instituto Nacional de Cancer (Brasil): Instituto Nacional do Cancer.
- Paúl, C., A. & Fonseca, A. (Coord.) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.) (2012). *Manual de Gerontologia. Aspetos* . Lisboa: Lidel..
- Pereira, S. & Marques, E. (2014). Dificuldades dos Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. *INFAD Revista de Psicologia*, 2, 133-140.
- Portugal Sénior (2014). *Um Novo Olhar Sobre a Experiência de Vida – Reflexões Sobre Cuidar de Idosos*. Acedido em Julho, 21, 2016 em <http://www.portugalsenior.org/reflexoes-sobre-cuidar-de-idosos/>.
- Silva, M. (2005). *Saúde Mental e Idade Avançada. Uma Perspetiva Abrangente*. Lisboa. Climepsi.

---

## **ANEXOS**

---

---

## **ANEXO N.º 1**

---

Decreto-lei n.º 419/99 de 15 de outubro (cria carreira de Ajudantes de Ação Direta)



**MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE****Decreto-Lei n.º 414/99**

de 15 de Outubro

O Decreto Regulamentar n.º 10/83, de 9 de Fevereiro, estabeleceu um novo enquadramento profissional do pessoal auxiliar dos serviços e estabelecimentos dependentes das, ao tempo, Secretarias de Estado da Segurança Social e da Família que, face à especificidade das funções exercidas, não tinha sido abrangido pela reestruturação operada pelo Decreto-Lei n.º 191-C/79, de 25 de Junho.

Contudo, a complexidade das tarefas desempenhadas pelos profissionais inseridos nas carreiras de ajudante de creche e jardim-de-infância, vigilante, ajudante de ocupação e ajudante de lar e centro de dia, avaliadas através de acções de análise de funções, bem como os requisitos habilitacionais que se devem exigir a profissionais que desenvolvem a sua actividade em contacto directo com os utentes dos estabelecimentos de apoio social, conduziram à necessidade de rever a estruturação daquelas carreiras, dotando-as de uma ordenação própria.

A par da revalorização consagrada pelo presente diploma, entendeu-se alterar as actuais designações das referidas carreiras, de modo que as mesmas reflectissem melhor o respectivo conteúdo funcional.

Foram observados os procedimentos decorrentes da Lei n.º 23/98, de 26 de Maio.

Assim:

Nos termos do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 248/85, de 15 de Julho, e da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

**Artigo 1.º****Criação de carreiras**

1 — São criadas, nos serviços e organismos dependentes do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, as carreiras de ajudante de acção sócio-educativa, ajudante de acção sócio-educativa do ensino especial, ajudante de ocupação e ajudante de acção directa que se integram no grupo de pessoal auxiliar de apoio aos estabelecimentos, cuja grelha salarial consta do anexo I ao presente diploma, dele fazendo parte integrante.

2 — A carreira de ajudante de acção sócio-educativa compreende as categorias de ajudante de acção sócio-educativa principal e de ajudante de acção sócio-educativa.

3 — A carreira de ajudante de acção sócio-educativa do ensino especial compreende as categorias de ajudante de acção sócio-educativa do ensino especial principal e de ajudante de acção sócio-educativa do ensino especial.

4 — A carreira de ajudante de ocupação compreende as categorias de ajudante de ocupação principal e de ajudante de ocupação.

5 — A carreira de ajudante de acção directa compreende as categorias de ajudante de acção directa principal e de ajudante de acção directa.

**Artigo 2.º****Ingresso e acesso**

1 — O recrutamento para o ingresso nas carreiras criadas nos termos deste diploma faz-se de entre indi-

víduos habilitados com o 9.º ano de escolaridade ou equivalente, aprovados em estágio.

2 — O acesso na respectiva carreira faz-se por concurso e depende da existência de vaga e da permanência na categoria imediatamente inferior de, pelo menos, três anos classificados, no mínimo, de *Bom*.

3 — A progressão nas categorias faz-se por mudança de escalão e depende da permanência, no escalão imediatamente anterior, de três anos classificados, no mínimo, de *Regular*.

**Artigo 3.º****Regime de estágio**

1 — O estágio previsto no n.º 1 do artigo anterior obedece às seguintes regras:

- a) A admissão ao estágio faz-se de acordo com as normas estabelecidas para os concursos de ingresso na administração central definidas pelo Decreto-Lei n.º 204/98, de 11 de Julho;
- b) O estágio tem carácter probatório e deverá integrar a frequência de cursos de formação directamente relacionados com as funções a exercer;
- c) O número de estagiários não pode ultrapassar em mais de 20% o número de lugares vagos existentes na categoria de ingresso da respectiva carreira;
- d) A frequência do estágio será feita em regime de contrato administrativo de provimento, no caso de indivíduos que não possuam nomeação definitiva, e em regime de comissão de serviço extraordinária, nos restantes casos;
- e) O estágio tem duração de um ano, findo o qual os estagiários serão ordenados em função da classificação obtida;
- f) Os estagiários aprovados serão providos a título definitivo, de acordo com o ordenamento referido na alínea anterior, nos lugares vagos na respectiva categoria de ingresso, com efeitos à data da aceitação, nos termos da lei geral;
- g) A não admissão quer dos estagiários não aprovados, quer dos aprovados que excedam o número de vagas implica o regresso ao lugar de origem ou a imediata rescisão do contrato, sem direito a qualquer indemnização, consoante se trate de indivíduos providos ou não definitivamente;
- h) Os estagiários serão remunerados pelo índice 170 da escala indiciária prevista para as carreiras de regime geral, sem prejuízo do direito de opção pela remuneração correspondente ao lugar de origem, no caso de pessoal com nomeação definitiva.

2 — O regulamento do estágio será aprovado por despacho conjunto do Ministro do Trabalho e da Solidariedade e do membro do Governo que tem a seu cargo a Administração Pública.

**Artigo 4.º****Conteúdos funcionais**

Os conteúdos funcionais das carreiras de ajudante de acção sócio-educativa, ajudante de acção sócio-educativa do ensino especial, ajudante de ocupação e ajudante de acção directa constam do mapa II anexo ao presente diploma.



Grupo de pessoal	Carreiras/categorias	Escalações				
		1	2	3	4	5
Pessoal auxiliar de apoio aos estabelecimentos da segurança social.	Ajudante de ocupação principal .....	230	240	255	275	295
	Ajudante de ocupação .....	200	210	220	230	240
	Ajudante de acção directa principal .....	230	240	255	275	295
	Ajudante de acção directa .....	200	210	220	230	240

## ANEXO II

## Conteúdos funcionais

## Carreira de ajudante de acção sócio-educativa

1 — Ao ajudante de acção sócio-educativa compete trabalhar directamente com crianças, tendo em vista o seu desenvolvimento sócio-pedagógico, coadjuvando o educador de infância na programação e realização de actividades educativas e no relacionamento com os encarregados de educação.

2 — Sob a orientação do educador de infância ou do director pedagógico do estabelecimento, o ajudante de acção sócio-educativa executa, consoante a valência dos estabelecimentos, a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

- a) Na ausência do educador de infância, faz a recepção das crianças e o contacto com os pais;
- b) Acalma-as quando estão com problemas de vária ordem, resultantes da separação diária do ambiente familiar;
- c) Prepara o seu regresso a casa;
- d) Participa na execução dos programas educativos consoante os níveis etários, colaborando com as crianças nas suas primeiras actividades, nomeadamente na iniciação à fala, acompanhando-as e ajudando-as em actividades várias através de conversas educativas, histórias e cantigas, danças, jogos livres e didácticos;
- e) Orienta as iniciativas livres das crianças e está atento aos seus movimentos nos recreios;
- f) Acompanha as crianças a visitas de estudo, nomeadamente museus, exposições, jardim zoológico e outras actividades, tais como circo, colónias de férias e praias;
- g) Procede à recepção, arrumação, distribuição do material destinado às crianças e mantém em bom estado de conservação o material a seu cargo;
- h) Nas horas da refeição, ajuda a criança a ultrapassar dificuldades de adaptação e desenvolve acções de estímulo para uma melhor alimentação;
- i) Administra medicamentos nas horas indicadas e segundo instruções recebidas;
- j) Acompanha o repouso das crianças, levanta-as, veste-as, calça-as e encaminha-as para as actividades sanitárias e higiénicas indispensáveis ensinando-as, quando necessário;
- k) Providencia pela manutenção das condições de higiene e salubridade dos espaços utilizados pelas crianças;

- l) Desempenha as demais tarefas afins, podendo excepcionalmente ser chamado a tarefas relativas ao economato e outras de carácter administrativo, tais como recebimentos e pagamentos.

## Carreira de ajudante de acção sócio-educativa do ensino especial

Ao ajudante de acção sócio-educativa do ensino especial compete actuar directamente com as crianças e adolescentes multideficientes, individualmente ou em grupo, tendo em vista o seu desenvolvimento físico/psíquico e o seu bem-estar, pelo que executa, sistematicamente e de acordo com a programação previamente determinada, sob a orientação do técnico especializado ou do director do estabelecimento, a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

- a) Recebe informações sobre o planeamento, processos e modos de actuação pedagógicos e transmite informação acerca de comportamentos pessoais e grupais, evoluções e outras situações;
- b) Acompanha as crianças e os adolescentes à entrada e saída, auxiliando-os a descer ou a subir para as carrinhas;
- c) Dispõe-os em cadeiras de rodas, quando for caso disso, ajuda-os a susterem-se nos diversos aparelhos auxiliares da locomoção ou ampara-os;
- d) Apõe-lhes protectores ou outra aparelhagem adequada para sustentar os movimentos incontrollados ou para proteger de quedas e inerentes consequências;
- e) Orienta-os nos cuidados de higiene e conforto, ensinando-os e incentivando-os nos actos próprios e nos movimentos, de modo a treiná-los, mantendo conversação adequada à sua prática;
- f) Prepara as salas e as mesas apondo-lhes dispositivos vários de modo que fiquem correctamente sentados e amparados, quer para actividades pedagógicas e lúdicas, quer para tratamentos ou outras situações, ajustando-os nos movimentos e nos trabalhos a realizar;
- g) Prepara as áreas para os tratamentos, limpa a aparelhagem de fisioterapia, prepara moldes de gesso e zela pela sua higiene e salubridade;
- h) Leva as crianças e os adolescentes, bem como as respectivas fichas médicas, aos tratamentos e apoia-os directa e indirectamente nas consultas;
- i) Emprata as refeições pondo, se necessário, dispositivos de compensação e talheres apropriados que permitam comer com a independência possível;

- j) Arranja-lhes a comida sempre que necessário, ajuda-os de molde a alimentarem-se convenientemente, incentivando os movimentos a desenvolver e ou alimentando-os directamente tendo em atenção a posição da língua e outras características;
- k) Após a refeição retira os utensílios que conduz à copa;
- l) Prepara-os para sair do refeitório, fazer a sua higiene e ir para o recreio, proporcionando-lhes os dispositivos adequados e acompanha-os directamente e pessoalmente, nalguns casos;
- m) Executa material didáctico e próteses várias, procede à sua limpeza e manutenção, zelando pela sua duração e capacidade de utilização, entregando-os, sempre que for caso disso, à terapeuta;
- n) Requisita, arruma, retira e distribui o material necessário, quer de higiene e conforto, quer das actividades sócio-educativas, bem como, eventualmente, procede à recepção, distribuição de roupas lavadas, entrega de roupa suja e respectivo controlo;
- o) Participa activamente na ocupação de tempos livres, na realização de actividades sócio-educativas e pedagógicas, quer nas instalações, quer em praias, passeios ou viagens de estudo;
- p) Actua junto dos alunos, utilizando vários métodos e processos sob a orientação dos docentes e terapeutas, auxiliando-os em tarefas que exijam maior celeridade na execução dos trabalhos;
- q) Providencia pela manutenção das condições de higiene e salubridade das salas em que se encontram;
- r) Pode, por vezes, executar tarefas de natureza administrativa, nomeadamente na relação com os familiares, bem como na reprografia, fotocomposição e corte de papel de trabalhos executados pelos alunos.

#### Carreira de ajudante de ocupação

Ao ajudante de ocupação compete trabalhar directamente com crianças e adolescentes tendo em vista o seu global desenvolvimento, pelo que, de acordo com a programação superiormente preestabelecida, executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

- a) Realiza com as crianças e adolescentes actividades sócio-educativas tendo em vista a sua ocupação e os objectivos pedagógicos a atingir;
- b) Estimula as potencialidades das crianças com vista ao seu global desenvolvimento, quer por sua iniciativa, quer de acordo com programas preestabelecidos e tendo em atenção as suas características;
- c) Assegura a efectivação do plano de trabalho a ser realizado pelas crianças;
- d) Transmite informações sobre os seus comportamentos, quer individuais quer grupais, e mantém actualizado o registo das situações do seu grupo;
- e) Assegura o horário de funcionamento das actividades;

- f) Colabora no atendimento dos pais das crianças, quer à sua entrada, quer à saída;
- g) Desempenha outras tarefas que se relacionem com ocupação de tempos livres das crianças, quer nos recreios, quer durante os trabalhos.

#### Carreira de ajudante de acção directa

1 — Ao ajudante de acção directa compete trabalhar directamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que, de acordo com a programação previamente determinada, executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

- a) Recebe os utentes e faz a sua integração ao longo dos primeiros dias de estada, indicando-lhes os locais que estarão ao seu dispor na sua vivência diária (quarto, enfermaria, salas de estar, refeitório, espaços livres, jardins, etc.);
- b) Executa tarefas várias relacionadas com a alimentação, quer nos quartos, quer nas salas de refeição, recebendo os carros que previamente enviou para a cozinha, com as marmitas e outros apetrechos, empratando os alimentos segundo as dietas prescritas pelo dietista e tendo em atenção as quantidades face aos hábitos alimentares dos utentes;
- c) Assegura a sua alimentação regular, auxiliando-os nos seus movimentos, incentivando-os directamente quando necessário, tendo em atenção factores vários, como a mobilidade e o cansaço;
- d) Após a refeição, recolhe as marmitas e outros utensílios e, eventualmente, lava-os na copa de modo a manter as melhores condições de higiene e evitar transmissão de doenças;
- e) Presta cuidados de higiene e conforto aos utentes, lavando-os, quer deitados, quer nas casas de banho, tendo em atenção o seu estado físico/psíquico e outras características individuais e sociais, podendo, eventualmente, aplicar cremes medicinais, pó de talco e executar pensos simples;
- f) Substitui as roupas de cama e o vestuário, acondicionando-os para posterior transporte em carro para a lavandaria;
- g) Controla e entrega na lavandaria as roupas sujas;
- h) Faz a gestão dos *stocks* das roupas de cama e da casa de banho dos utentes, requisitando-as com a devida antecedência, tendo em atenção as características destes, o tempo e outros factores;
- i) Recebe e controla na rouparia as roupas lavadas de acordo com a requisição e arruma-as devidamente nos roupeiros da respectiva enfermaria;
- j) Requisita, recebe, controla e distribui os artigos de higiene e conforto dos utentes;
- k) Procede ao acompanhamento diurno e nocturno dos utentes, dentro e fora dos serviços e estabelecimentos, guiando-os, auxiliando-os, esti-

- mulando-os através da conversação, detectando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres;
- l)* Acompanha-os nas idas e vindas aos hospitais ou outros centros de tratamento;
- m)* Colabora na montagem das exposições dos trabalhos dos utentes, na venda dos respectivos trabalhos, bem como nas decorações aquando de festas;
- n)* Colabora na compra de vestuário, calçado e outros utensílios de uso, escolhendo ou dando informações sobre as características dos utentes (físicas, psíquicas e sociais);
- o)* Ajuda a fazer as malas, cuidando que detenham roupas e utensílios pessoais nas quantidades necessárias para o período de ausência;
- p)* Providencia pela manutenção das condições de higiene e salubridade dos quartos, corredores e salas de lazer;
- q)* Mantém em bom estado de conservação o material a seu cargo;
- r)* Pode, por vezes, administrar medicamentos, nas horas prescritas e segundo instruções recebidas.
- 2 — As tarefas mencionadas no número anterior devem ser executadas no domicílio dos utentes, nos casos em que o estabelecimento assegura o apoio domiciliário.

---

## **ANEXO N.º 2**

---

Resposta Social de SAD: Equipamentos existentes no concelho de Paredes

Equipamentos: 14

Capacidade Total: 485

Total de utentes: 373

Ocorrências de 1 a 14

<i>Concelho / Freguesia</i>	<i>Equipamento</i>	<i>Instituição</i>
<b>Paredes</b>		
Baltar	CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE BALTAR	CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE BALTAR
Beire	CENTRO DE DIA ASSOCIAC?O DE APOIO A TERCEIRA IDADE DE S?O MIGUEL DE BEIRE	ASSOCIAC?O DE APOIO A TERCEIRA IDADE DE S?O MIGUEL DE BEIRE
Cete	EQUIP. SOC. CENTRO SOCIAL DE CETE	CENTRO SOCIAL DE CETE
Gandra	CENTRO SOCIAL PAROQUIAL S. MIGUEL GANDRA	CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL S?O MIGUEL DE GANDRA
Lordelo	ASSOCIAC?O PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DE LORDELO CENTRO SOCIO-EDUCATIVO E PROFISSIONAL DE PARTEIRA	ASSOCIAC?O PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DE LORDELO - ADIL ASSOCIAC?O OBRAS SOCIAIS DE S?O VICENTE PAULO
Paredes	EQUIP. SOC. SANTA CASA DA MISERICORDIA DE PAREDES LUFIFAMILY - SERVICO DE APOIO DOMICILIARIO	SANTA CASA DA MISERICORDIA DE PAREDES LUFIFAMILY - SERVICO DE APOIO DOMICILIARIO, UNIPessoal LDA
Rebordosa	EQUIP. SOC. ASSOCIAC?O PARA O DESENVOLVIMENTO DA REBORDOSA	ASSOCIAC?O PARA O DESENVOLVIMENTO DA REBORDOSA
Recarei	EQUIP SOCIAL DO CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE RECAREI	CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE RECAREI
Sobreira	ASSOCIAC?O PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA SOBREIRA EQUIPAMENTO SOCIAL DE S. PEDRO - CENTRO SOCIAL DA SOBREIRA	ASSOCIAC?O PARA O DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DE SOBREIRA S.PEDRO - CENTRO SOCIAL DA SOBREIRA
Sobrosa	LAR PADRE ANTONIO MOREIRA MEIRELES	OBRA DE ASSISTENCIA SOCIAL DA FREGUESIA DE SOBROSA
Vilela	EQUIPAMENTO SOCIAL DO CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE VILELA	CENTRO SOCIAL E PAROQUIAL DE VILELA

Ocorrências de 1 a 14

(Fonte: Carta Social, 2016)

---

## **ANEXO N.º 3**

---

Primeiro contato, via correio eletrónico, efetuado com as instituições que assim o solicitaram





Emília Gomes <150121011@issp.pt>

## Pedido de colaboração em estudo sobre colaboradores das valências de SAD

1 mensagem

Emília Gomes <150121011@issp.pt>  
Para: tufifamily@gmail.com

12 de agosto de 2016 às 13:33

Exmos. srs.

Chamo-me Marlene Gomes, sou licenciada em Educação Social e neste momento frequento o Mestrado em Gerontologia Social. No âmbito desta formação, e para a elaboração da minha dissertação, trabalho final, pretendo realizar um estudo sobre os cuidadores formais que desenvolvem atividade unicamente no âmbito da valência de SAD e no domicílio dos idosos.

O que pretendo é verificar se o tipo de trabalho desenvolvido pelos vossos colaboradores, por ser um trabalho emocionalmente forte e desgastante psicologicamente afeta ou não a sua vida pessoal.

Sou de Paredes e a minha intenção é incorporar as IPSS's do concelho, de modo a que possa generalizar os resultados ao concelho onde nos inserimos.

Obviamente que este é um contato informal, onde pretendo saber se existe interesse ou não, em colaborar comigo e em caso afirmativo, quantos colaboradores poderão entrar no estudo. No caso de haver resposta positiva a este email, em meados de Setembro receberão toda a informação necessária para um melhor conhecimento do projeto que estou a desenvolver.

Gostaria de salientar que o estudo se debruça apenas e só, nos colaboradores, não sendo necessário realizar nenhuma visita domiciliária ou qualquer outro tipo de contato com os idosos.

Fico a aguardar uma resposta da Vossa parte, esperando que a mesma seja o mais breve possível.

Desde já agradeço a atenção disponibilizada a este email.

Sem outro assunto, despeço-me apresentando os meus sinceros cumprimentos,

Marlene Gomes  
Técnica Superior de Educação Social

Mestrado em Gerontologia Social  
N.º Aluna: 150 121 011

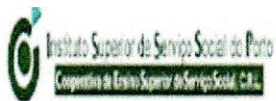
---

## **ANEXO N.º 4**

---

Email enviado às sete instituições que manifestaram interesse em participar no estudo.





Emília Gomes <150121011@isssp.pt>

## Envio de documentação relativo ao estudo acerca dos Cuidadores Formais de SAD

1 mensagem

Emília Gomes <150121011@isssp.pt>

28 de novembro de 2016 às 13:31

Bcc: àscar Ribeiro <oscar.ribeiro@isssp.pt>, centrosocialbaltar@sapo.pt, csgandra@sapo.pt, servico.social@scmparedes.pt, geral@scmparedes.pt, geral@centrosocialcete.org, Centro Social de Cete <cscete1@sapo.pt>, Centro de Parteira Parteira <cparteira30@gmail.com>, obra@sobrosa.pt, cspvilela@gmail.com

Exmos. Srs.,

No seguimento do contato já efetuado, segue em anexo documentação relativa ao estudo sobre cuidadores de SAD. Recordo que o mesmo se insere no âmbito da minha dissertação de mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP). O estudo tem como objetivo compreender o modo como os cuidadores formais da valência de SAD lidam com as repercussões emocionais que advêm do trabalho que realizam (obs: os utentes em momento algum farão parte integrante do estudo).

Gostaria de saber se têm alguma preferência da data para a realização das entrevistas, bem como o horário que consideram mais ajustado (dependendo do número de cuidadores formais que entrarão no estudo, poderá haver a necessidade de marcação de mais que um dia/hora). Reitero que não há intenção de interferir no bom funcionamento da Vossa organização, pelo que nesse sentido há grande flexibilidade de data e horas para a realização da entrevista.

Estou ao Vosso dispor para esclarecimento de dúvidas que possam surgir, quer através deste correio eletrónico (preferencialmente) ou através do meu contato telefónico (914 596 432).

Sem outro assunto, despeço-me apresentando os meus sinceros cumprimentos.

**Marlene Gomes**  
Técnica Superior de Educação Social

Mestrado em Gerontologia Social  
N.º Aluna: 150 121 011

---

### 2 anexos



**Pedido Consentimento para Instituições.pdf**  
17K



**Guião Entrevista para Instituições.pdf**  
93K

---

## **ANEXO N.º 5**

---

### Guião de Entrevista

## **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Data:  /  /

1. **Sexo:** Feminino ☐ Masculino ☐
  
2. **Data de Nascimento:**  /  /
  
3. **Situação Conjugal:** Solteiro (a) ☐ Casado(a) / União de fato ☐ Outra ☐  
 Viúvo (a) / Divorciado (a) ☐
  
4. **Nível de Instrução:**

Sem instrução	<input type="checkbox"/>	1.º CEB Incompleto	<input type="checkbox"/>
2.º CEB completo	<input type="checkbox"/>	3.º CEB	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>	Ensino Superior <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>
  
5. **Anos de Experiência no cuidado a idosos, em geral?**

Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>
= / > a 1 ano até = 5 anos	<input type="checkbox"/>
>5 anos ate = 10 anos	<input type="checkbox"/>
>10 anos	<input type="checkbox"/>
  
6. **Anos de Experiência no cuidado a idosos, em SAD?**

Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>
= / > a 1 ano até = 5 anos	<input type="checkbox"/>
>5 anos ate = 10 anos	<input type="checkbox"/>
>10 anos	<input type="checkbox"/>
  
7. **Há quanto tempo trabalha na instituição?**

Menos de 1 ano	<input type="checkbox"/>
= / > a 1 ano até = 5 anos	<input type="checkbox"/>
>5 anos ate = 10 anos	<input type="checkbox"/>
>10 anos	<input type="checkbox"/>
  
8. **Grau de Satisfação em relação ao trabalho que desenvolve atualmente, de 1 a 5?**

1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

OBS: 1 = Nada Satisfeito e 5= Muito Satisfeito

<sup>1</sup> Frequência Universitária Completa: Bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento

## **GUIÃO DE ENTREVISTA**

- Fale-me da sua experiência como cuidadora neste Serviço de Apoio Domiciliário...

Pontos que se pretende que sejam abordados na resposta.

- Apreciação do trabalho em relação ao realizado em CD ou ERPI (melhor, pior, porquê...)
- Realização pessoal e profissional
- Já ponderou alguma vez mudar de profissão, sim ou não? Justifique.
- Quais as principais dificuldades que sente no desenvolvimento do seu trabalho e forma como lida com as mesmas?
- Tem algum comentário, positivo, ou negativo, relacionado com o trabalho que desenvolve, que queira partilhar?

---

## **ANEXO N.º 6**

---

### **Pedido de Consentimento**



### **PEDIDO DE CONSENTIMENTO**

Eu, Marlene Gomes, licenciada em Educação Social e mestranda do curso de Gerontologia Social, pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto, venho por este meio solicitar a V. Exas, a autorização para realização de uma entrevista aos cuidadores que desenvolvem atividade, única e exclusivamente, na resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário. Esta entrevista tem como objetivo obter dados necessários à realização da dissertação de mestrado cujo título provisório é **Cuidadores Formais em Serviço de Apoio Domiciliário: vivências emocionais fora do espaço institucional** e que se foca no impacto emocional da atividade profissional.

Aquando da aplicação das entrevistas será solicitado o consentimento informado de cada participante, onde será explicada a confidencialidade da informação recolhida e será salvaguardado sempre o direito e liberdade das pessoas em participar ou não no estudo. Mais se informa que no final serão disponibilizados todos os resultados à instituição.

Paredes, 28 Novembro 2016

Marlene Gomes

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Nome e cargo da pessoa que deu consentimento: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_

---

## **ANEXO N.º 7**

---

### **Manual de Transcrição das Entrevistas**

## Manual de transcrição das entrevistas

O presente documento possui os principais indicadores relativos ao processo de transcrição das entrevistas. São exibidas as três fases do processo: (1) a da organização formal do texto, com os aspetos relativos à formatação e redação do texto; (2) a da auscultação integral da entrevista e, por último, (3) a do registo da entrevista, com as regras básicas de transcrição.

### (1). Organização formal do texto

- a. Configurar a página com as seguintes margens: 2,5cm superior, 2,5cm interior, 4cm esquerda e 4cm direita.
- b. Cabeçalho e rodapé com 1,5. Orientação vertical e tamanho A4.
- c. Configurar o cabeçalho da página com os seguintes elementos redigidos a Times New Roman, tamanho 8, a 1 espaço e alinhados no lado direito, tal como consta deste documento. Cuidadores Formais em Serviço de Apoio Domiciliário: vivências emocionais fora do espaço institucional (1ª linha); Entrevista ao Cuidador n.º \_\_\_\_ (2ª linha); Duração da Entrevista: \_\_\_\_ min. e \_\_\_\_ seg. (3ª linha); Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ [data de realização da entrevista] (4ª linha). A nível estético deverá ficar como consta na seguinte imagem:



Cuidadores Formais em Serviço de Apoio Domiciliário: vivências emocionais fora do espaço institucional  
Entrevista ao Cuidador n.º \_\_\_\_  
Duração da Entrevista: \_\_\_\_ min. e \_\_\_\_ seg.  
Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

- d. Escrever o texto a Times New Roman, dimensão 10, com um espaçamento entre as linhas de 1,5. Sempre que exista notas a incluir em rodapé, redigi-las a tamanho 8 e a 1 espaço entre as linhas. Texto justificado.
- e. Redigir os títulos a Times New Roman, tamanho 11, a bold e em maiúsculas. Texto centrado.
- f. Pagar sequencialmente a entrevista. Números de página redigidos a Times New Roman, tamanho 8, dispostos no lado direito da página.
- g. Redigir, em negrito, as perguntas/intervenções do entrevistador (E.) e a fonte normal as respostas do entrevistado (e.).
- h. Separar as intervenções do E. e as do e. com um espaçamento de 1,5.
- i. Imprimir a entrevista em folhas frente e verso.

### (2). Audição integral das entrevistas

- a. Proceder à audição completa da entrevista, prestando atenção aos discursos dos intervenientes, aos tipos de respostas facultadas pelo entrevistado bem como à própria qualidade acústica da gravação e aos registos vocais de cada interveniente.
- b. Assinalar a duração real da entrevista (no cabeçalho).

### (3). Transcrição da entrevista

- a. Identificar os interventores por “E” (entrevistador) e “e” (entrevistado). São estas as letras a colocar sempre que se inicia uma pergunta (E.) e uma resposta (e.). Não se enumeram nem as perguntas nem as respostas. Redige-se a intervenção do E. e do e., bem como as próprias letras, com a mesma fonte de texto utilizada: negrito para o primeiro e normal para o segundo.



- b. Proceder à transcrição integral da entrevista, indicando todos os elementos discursivos (palavras e frases e expressões discursivas próprias do E. mas principalmente do e.) e os elementos não discursivos pertinentes para a caracterização global do discurso do e. (interferências, interrupções, pausas, ruídos, hesitações, risos, diferentes tons de voz, silêncios, entre outros elementos possíveis).
- c. Fazer a transcrição escrita do discurso oral dos intervenientes, o mais exata possível, respeitando as especificidades orais e transpondo-as da melhor forma possível para a versão escrita.
- d. Fazer uso da pontuação tal como previsto pelas regras gramaticais. Ter atenção ao seguinte:
- [ponto final] – conclusão do discurso, de frases e de raciocínios;
  - [reticências] – separação entre as palavras, as frases, os discursos e as ideias dos intervenientes quando em simultâneo ou em sequência, quando com pausas, hesitações, pequenas oscilações de voz;
  - [vírgula] – separação entre orações, frases, palavras e ideias;
  - [aspas simples] – identificação das afirmações de terceiros pronunciadas pelo e., ou afirmações do e., circunstâncias que já ocorreram, antecedidas por dois pontos quando assim se justificar e com a primeira letra em maiúsculas, terminando com ponto final. Usadas também em expressões familiares.
  - [ponto de exclamação] – sempre que há uma exclamação associada a uma palavra e sem rutura discursiva;
  - [ponto de interrogação] – identificação das questões do E. e das questões que o próprio e. faz;
  - [parenteses] – identificação de elementos não discursivos, ou clarificação de algo que está subjacente.
  - \*\*\*FIM\*\*\*** - indica o fim da entrevista, significa que nada mais acerca do tema foi verbalizado pelo CF.
- e. Iniciar o discurso dos intervenientes com letra maiúscula. Sempre que se tratem de hesitações e/ou pausas, inicia-se com as respetivas reticências;
- f. Assinalar os elementos não discursivos logo após a sua ocorrência. Por exemplo:
- ... tenho realizado tudo com... [silêncio] ... muita dedicação.
- g. Assinalar as interrupções com um espaçamento entre o momento da interrupção, a descrição do motivo da interrupção e o reinício do discurso de modo a que seja perceptível a respetiva interrupção no discurso. Redigir tais interrupções como orações e com os verbos no pretérito perfeito. Por exemplo:
- e. ... tenho realizado tudo com... [silêncio] ... muita dedicação.

**\*\* Entrevista interrompida pela figura do diretor técnico, para informar que se aproximava a hora de seguir para o domicílio \*\***

**E. ... Continuando... tem realizado ...**

- h. Indicar com letras maiúsculas as referências a nomes próprios, a instituições, a cargos e a eventos (quando devidamente designados);
- i. Assinalar as pausas longas (mais de 10 segundos) tal como exemplificado no ponto f. Sempre que uma pausa se torne significativa quando comparada com outras pausas mais breves (assinaladas com reticências), assinalar [pausa] logo depois a sua ocorrência.

- j. Assinalar com a expressão [sic] frases e palavras gramaticalmente incorretas proferidas pelo e. e [discurso impercetível] sempre que não se consiga transcrever partes do discurso.
- k. Conceber as sínopes discursivas que se revelem pertinentes no discurso dos intervenientes, mantendo ao longo da transcrição um uso uniforme da expressão criada.
- l. Anotar elementos da situação de entrevista que se revelem importantes e/ou peculiares. Por exemplo, arrastar uma cadeira, levantar-se e sair, entre outros.
- m. Numa situação de interrupção do discurso por um dos interlocutores anotar tal interrupção do seguinte modo:

**E. Como classifica... [- discurso interrompido -] ...**

**e. Muito bom.**

**E. ... o seu grau de satisfação?**

- n. Usada a expressão “He...”, para o som sonoro usado como consentimento/entendimento/ seguimento da ideia transmitida.
- o. Nos casos em que o **E** e **e.** verbalizaram ao mesmo tempo a mesma coisa, antecede-se de **E.|e.**
- p. Em situações em que foi usada uma linguagem calão, foi usada a expressão ‘piiiiiiiiiii’

**\*\*\*FIM\*\*\***